

Sosiaali- ja terveydenhuollon

JÄRJESTÄMISTÄ, KEHITTÄMISTÄ JA VALVONTAA KOSKEVAN LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTAMINEN

Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Julkaisun päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	27.4.2011
Tekijät	Toimeksiantaja
Puheenjohtaja: Kari Välimäki, STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
Varapuheenjohtaja: Aino-Inkeri Hansson, STM	HARE-numero ja toimitilien asettamispäivä
Sihteeristö	STM064:00/2010, 2.9.2010
STM: Päivi Salo, Jukka Mattila, Kari Haavisto, Virpi Vuorinen sekä	
Suomen Kuntaliitto: Erkki Papunen	
Muistion nimi	
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalta työryhmän loppuraportti	
Tiivistelmä	

■ Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.9.2010 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön peruslinjauksia. Työryhmän tavoitteena oli tehdä perusselvitystyötä tulevan hallitusohjelman valmistelua sekä seuraavalla hallituskaudella valmisteltavaa lainsäädäntöä varten.

Työryhmä arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset uhat ja mahdollisuudet linjauksensa perusteiksi. Työryhmä katsoo, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana tulee olla ihmisten yhdenvertaisuus. Työryhmän laatimien tavoitelinjauksien mukaan palvelurakenteen tulee turvata kaikille riittävät ja laadukkaat palvelut kohtuullisin kustannuksin. Linjauksissa painotetaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän asiakaskeisyyttä. Asiakaskeisyydessä toiminnassa suhteet perustuvat avoimuudelle ja luottamukselle sekä siinä syntyy mahdollisuuksia asiakkaan toimintavoiman kasvuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoitteena on vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Palvelukysynnän hillintä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinoin ovat avainasemassa järjestelmän kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ratkaisujen tulee tukea myös alan vetovoimaisuutta työvoimasta kilpailtaessa. On kiinnitettävä huomiota työntekijöiden työolosuhteisiin, erityisesti johtamiseen.

Työryhmä esittää, että järjestämisvastuu määritellään tarkemmin lainsäädännössä. Järjestämisvastuussa olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Tähän sisältyy työryhmän mukaan vastuu: 1) väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä, 2) julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa, 3) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä, 4) sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta, 5) sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta, 6) sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä, 7) tuotannon seurannasta ja valvonnasta, 8) järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta, 9) voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta sekä 10) sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tulevien rakenteiden perustaksi työryhmä laati yhdeksän rakennelinjauksia sekä viisi rahoitusta koskevaa linjauksia. Näihin linjauksiin perustuen työryhmä esittää, että vahva kunta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko yhdistyy kunnan muuhun päätöksentekoon, olisi ideaalinen malli järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto. Työryhmän tehtävänä ei ollut arvioida kuntarakennetta. Sen sijaan työryhmä esittää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi toimivimpia ratkaisumalleja kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta olennaisiin tilanteisiin, joihin tulevassa kuntarakenteen uudistuksessa voitaisiin päätyä. Työryhmä esittää seuraavat kolme vaihtoehtoista mallia riippuen siitä, miten vahvoja kuntia Suomessa tulevaisuudessa on:

Kaksitasoinen kunta- ja aluemalli, jos kuntien määrä säilyisi lähes nykyisenä

Kuntien muodostama alue tai suuri kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueet ja suuret kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutettaisiin kuntien ja alueen yhteistyönä. Perustasosta vastaavia kuntien muodostamia alueita tai suuria kuntia olisi yhteensä vajaasta 20 noin 50:een ja erityistasosta vastaavia alueita olisi viisi.

Kaksitasoinen kuntamalli, jos kuntia olisi noin 30-50

Kunta olisi yksin järjestämis- ja rahoitusvastuussa hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä, perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueen kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Yhteisistä erityistason palveluista vastaavia alueita olisi viisi.

Yksitasoinen kuntamalli, jos kuntia olisi alle 20

Kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta (ml. perus- ja erikoistaso) sekä hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä. Mallissa toteutuisi vahva perustason ja erityistason integraatio samoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys muuhun kunnalliseen päätöksentekoon.

Monikanavarahoituksen ongelmia tulee työryhmän näkemyksen mukaan poistaa vaiheittain. Työ tulee käynnistää selvittämällä kuinka sairausvakuutuksen hoitokustannusten valtionosuusien siirto kuntien valtionosuuksiin voitaisiin toteuttaa. Ratkaisussa tulee ottaa huomioon erityisesti, että muutos parantaa asiakkaiden tarvitsemien palvelujen saantia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen osalta työryhmä linjasi mm., että laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen tulee perustua soveltuvin osin tutkittuun tietoon sekä kansallisiin linjauksiin ja kriteeristöihin. Viiden erityistasosta vastaavan alueen tulee huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen, tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja palvelujärjestelmän välisestä yhteistyöstä sekä antaa kunnille/alueille niiden kehittämistyöhön tarvitsema tuki.

Valvontaviranomaisten toimivallan ja työnjaon tulee työryhmän näkemyksen mukaan olla laissa selkeä ja valvonnan tulee olla suunnitelmallista ja systemaattista. Valvonta kohdennetaan nykyistä ennakoivampaan suuntaan kattavien riskinarviointien perustuvien valvontaohjelmien ja omavalvonnan kautta.

Asiasanat

Hyvinvointi, kuntarakenne, lainsäädäntö, palvelurakenne, sosiaali- ja terveyshallinto, sosiaali- ja terveydenhuolto, terveyden edistäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2011:7

ISBN 978-952-00-3167-1 (PDF)
URN:ISBN: 978-952-00-3167-1

Muut tiedot

www.stm.fi

Kokonaissivumäärä

80

Kieli

Suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Utgivningsdatum
Social- och hälsovårdsministeriet	27.4.2011
Författare	Uppdragsgivare
Ordförande: Kari Välimäki, SHM	Social- och hälsovårdsministeriet
Vice ordförande: Aino-Inkeri Hansson, SHM	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
Sekretariat	SHM064:00/2010, 2.9.2010
SHM: Päivi Salo, Jukka Mattila, Kari Haavisto, Virpi Vuorinen samt	
Finlands Kommunförbund: Erkki Papunen	
Rapportens titel	
Reform av lagstiftningen som gäller organisering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. Slutrapport	
Referat	

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2.9.2010 en arbetsgrupp för att bereda de grundläggande riktlinjerna för lagstiftning som gäller organisering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. Målet för arbetsgruppen var att göra en grundläggande utredning som basis för beredning av det framtida regeringsprogrammet samt lagstiftning som ska beredas under nästa regeringsperiod.

Arbetsgruppen bedömde social- och hälsovårdens styrkor och svagheter samt externa hot och möjligheter som grund för sina riktlinjer. Arbetsgruppen anser att utgångspunkten för organisering av social- och hälsovården ska vara likabehandling av människor. Enligt arbetsgruppens målriktlinjer ska servicestrukturen säkerställa tillräckliga och högklassiga tjänster till rimliga kostnader för alla. I riktlinjerna betonas klientorienteringen inom social- och hälsovårdssystemet. I en klientorienterad verksamhet baserar sig relationerna på öppenhet och förtroende. I verksamheten uppstår möjligheter för ökning av klientens handlingskraft. Målet för social- och hälsovårdens verksamhet är verkningsfullhet och kostnadseffektivitet. Att dämpa efterfrågan på tjänster med medel som främjar hälsa och välfärd är i nyckelställning vid utveckling av systemet. Lösningarna när det gäller organiseringen av social- och hälsovården ska även stödja områdets attraktionskraft när man konkurrerar om arbetskraften. Uppmärksamhet ska fästas vid arbetstagarnas arbetsförhållanden, särskilt ledarskap.

Arbetsgruppen föreslår att organiseringsansvaret fastställs närmare i lagstiftningen. Till den instans som har ansvaret för att organisera hör för sin del ansvaret för befolkningens välfärd och hälsa. Detta omfattar enligt arbetsgruppen ansvaret över: 1) uppföljning och främjande av befolkningens välfärd och hälsa, 2) utövning av offentlig makt inom social- och hälsovården, 3) utredning av servicebehovet inom social- och hälsovården, 4) jämlik tillgång till social- och hälsovård, 5) tillgänglig social- och hälsovård, 6) beslut om sättet att producera inom social- och hälsovården, 7) uppföljning och övervakning av produktionen, 8) finansiering med anknytning till organiseringen, 9) effektiv anvisning av resurserna samt 10) utveckling av social- och hälsovården.

Som grund för social- och hälsovårdssystemets framtida strukturer utarbetade arbetsgruppen nio riktlinjer om struktur samt fem riktlinjer om finansiering. Baserat på dessa riktlinjer föreslår arbetsgruppen att en stark kommun, där beslutsfattandet inom social- och hälsovården förenas med kommunens övriga beslutsfattande, är en idealisk modell för att ordna social- och hälsovården. Arbetsgruppens uppgift var inte att bedöma kommunstrukturen. Däremot föreslår arbetsgruppen mer fungerande lösningsmodeller för organisering av social- och hälsovården för alla situationer som är väsentliga för social- och hälsovården, och som man kan komma fram till i samband med den framtida kommunstrukturreformerna. Arbetsgruppen föreslår följande tre alternativa modeller beroende på hur starka kommuner det finns i Finland i framtiden:

Kommun- och områdesmodell i två nivåer, där antalet kommuner förblir nästan oförändrat

Ett område som kommunerna bildar eller en stor kommun har organiserings- och finansieringsansvaret för grundnivå samt de specialtjänster som det är ändamålsenligt att ordna själv i kommunen eller området. Områdena och de stora kommunerna tillsammans har ansvaret för övriga tjänster på specialiserad nivå. Främjande av välfärd och hälsa bedrivs i samarbete mellan kommunerna och området. Antalet områden som kommunerna bildar eller stora kommuner med ansvar för grundnivån uppgår totalt till mellan knappt 20 och ca 50 och antalet områden som ansvarar för den specialiserade nivån är fem.

Kommunmodell i två nivåer, där antalet kommuner är ca 30–50

Kommunen har ensam ansvaret för organisering och finansiering av främjandet av välfärd och hälsa, grundnivå samt de specialtjänster som det är ändamålsenligt att kommunen själv sköter. Kommunerna inom området ansvarar tillsammans för övriga tjänster på specialiserad nivå. Antalet områden som ansvarar för de gemensamma tjänsterna på specialiserad nivå är fem.

Kommunmodell i en nivå, om antalet kommuner är mindre än 20

Kommunen har organiserings- och finansieringsansvaret för hela social- och hälsovården (inkl. grund- och specialnivå) samt främjandet av välfärd och hälsa. I modellen förverkligas en stark integration av grundnivån och specialnivån på samma sätt som en inbördes integration av social- och hälsovården samt social- och hälsovårdens anknytning med övrigt kommunalt beslutsfattande.

Problem i samband med flerkanalfinansiering ska enligt arbetsgruppen avhjälpas stegvis. Arbetet ska inledas genom att utreda hur överföringen av statsandelarna för ersättning av vårdkostnaderna från sjukförsäkringen till kommunernas statsandelar kan genomföras. I lösningen ska särskilt beaktas att förändringen förbättrar tillgången på de tjänster som klienterna behöver.

I fråga om utvecklingen av social- och hälsovården drog arbetsgruppen upp riktlinjer om att bl.a. utveckling av kvaliteten samt klient- och patientsäkerheten i tillämpliga delar ska basera sig på forskningsbaserad information samt nationella riktlinjer och kriterier. Fem områden som ansvarar för den specialiserade nivån ska sköta samarbetet mellan utbildningen, forsknings- och utvecklingsverksamheten och servicesystemet inom social- och hälsovården samt ge kommuner/områden det stöd som de behöver för sitt utvecklingsarbete.

Övervakningsmyndigheternas befogenhet och arbetsfördelning ska enligt arbetsgruppen vara tydlig i lagen, och kontrollen ska vara planmässig och systematisk. Övervakningen riktas mot en mer förutseende riktning än nu genom heltäckande övervakningsprogram och egenkontroll som baserar sig på riskbedömning.

Nyckelord

Främjande av hälsa, hälso- och sjukvård, kommunstruktur, lagstiftning, servicestruktur, social- och hälsovårdsförvaltning, socialvård, välfärd

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2011:7

Övriga uppgifter
www.stm.fi

ISBN 978-952-00-3167-1 (PDF)
URN:ISBN:978-952-00-3167-1

Sidoantal Språk
80 Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.9.2010 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön peruslinjauksia. Tavoitteena on tehdä perusselvitystyötä tulevan hallitusohjelman valmistelua sekä seuraavalla hallituskaudella valmisteltavaa lainsäädäntöä varten.

Työryhmän tehtävänä on toimeksiannon mukaan kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, kehittämiseen ja valvontaan liittyvä nykytila ja sen keskeiset ongelmat. Tehtävänä on myös valmistella keskeiset peruslinjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä varten. Lisäksi työryhmän tehtävänä on tehdä esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön pääasialliseksi sisällöksi sekä arvioida sen keskeiset vaikutukset. Esitystä tehdessään työryhmän on arvioitava myös järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun keskeiset liittymäkohdat.

Työryhmän toimikausi oli alun perin 2.9.2010 - 31.3.2011, mutta toimikautta jatkettiin yhdellä kuukaudella 30.4.2011 saakka.

Työryhmän puheenjohtajaksi ministeriö nimesi kansliapäällikkö Kari Välimäen ja varapuheenjohtajaksi osastopäällikkö Aino-Inkeri Hanssonin sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseniksi nimettiin osastopäällikkö Päivi Sillanaukea sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Raimo Ikonen sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Outi Antila sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylijohtaja Päivi Laajala valtiovarainministeriöstä, ylijohtaja Marja-Liisa Partanen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta, ylijohtaja Marina Erhola Terveiden- ja hyvinvoinnin laitokselta, varatoimitusjohtaja Kari Nenonen Suomen Kuntaliitosta, toiminnanjohtaja Riitta Särkelä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitosta, yleislääketieteen vastuualuejohtaja Doris Holmberg-Marttila Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Leskinen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, toimitusjohtaja Pentti Ikonen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiristä, muutosjohtaja Risto Kortelainen Jyväskylän kaupungista, puheenjohtaja Jouni Nummi Sosiaalijohto ry:stä, kaupunginjohtaja Petteri Paronen Kuopion kaupungista, johtaja Marja Heikkilä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta, elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki Sosiaalialan Työnantajat ry:stä sekä toimitusjohtaja Pia Pohja Terveyspalvelualan Liitosta. Työryhmää täydennettiin siten, että jäseneksi nimettiin 16.9.2010 ruotsinkielisen toiminnan johtaja Kristina Wikberg Suomen Kuntaliitosta sekä 5.10.2010 toimitusjohtaja Aki Lindén Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ja perusturvajohtaja Juha Metso Espoon kaupungista.

Pysyviksi lakiasiantuntijoiksi ministeriö nimesi johtaja Eija Koivurannan sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Pekka Järvisen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Anne Kumpulan sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä johtava lakimies Kari Prättälän Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmän sihteeristöksi ministeriö nimesi hallitusneuvos Päivi Salon sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Kari Haaviston sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Jukka Mattilan sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitussihteerin Virpi Vuorisen sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä erityisasiantuntija Erkki Papusen Suomen Kuntaliitosta.

Ministeriö asetti työryhmälle sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista järjestämistä koskevaa kokeilun valmistelua varten jaoston, jonka puheenjohtajaksi nimettiin ohjelmapäällikkö Juha Teperi sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jaoston jäseniksi nimet-

tiin neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Kerttu Perttilä sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Jukka Mattila sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Anne Koskela sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Pirjo Sarvimäki sosiaali- ja terveysministeriöstä, finanssineuvos Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Auli Valli-Lintu valtiovarainministeriöstä, yksikönpäällikkö Jukka Kärkkäinen Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta sekä johtaja Jussi Merikallio Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmä on kokoontunut 31.12.2010 mennessä 4 kertaa, joista kolmas kokous oli 18.11.2010 pidetty koko päivän kestävä työkokous. Työryhmä jätti väliraporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle 29.12.2010. Tämän jälkeen työryhmä jatkoi työtään toimeksiantonsa mukaisesti ja kokoontui vuoden 2011 puolella yhteensä 7 kertaa, josta toinen kokous oli 8.3.2011 pidetty koko päivän työkokous. Loppuraportti valmistui luovutettavaksi sosiaali- ja terveysministeriölle 27.4.2011.

Helsingissä 27 päivänä huhtikuuta 2011

Kari Välimäki

Aino-Inkeri Hansson	Päivi Sillanaukee	Raimo Ikonen
Outi Antila	Päivi Laajala	Marja-Liisa Partanen
Marina Erhola	Kari Nenonen	Riitta Särkelä
Doris Holmberg-Marttila	Hannu Leskinen	Pentti Itkonen
Risto Kortelainen	Jouni Nummi	Petteri Paronen
Marja Heikkilä	Aino Närkki	Pia Pohja
Kristina Wikberg	Aki Linden	Juha Metso
Eija Koivuranta	Pekka Järvinen	Anne Kumpula
Kari Prättälä	Päivi Salo	Kari Haavisto
Jukka Mattila	Virpi Vuorinen	Erkki Papunen

SISÄLTÖ

1	Johdanto	7
1.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön uudistustyö	7
1.2	Uudistuksen yhteensovittaminen kuntalain kokonaisuudistuksen valmistelun kanssa	8
2	Nykytila.....	9
2.1	Palvelurakenne	9
2.2	Palvelupaikan valintaan liittyvät oikeudet	13
2.3	Sosiaali- ja terveystalvet ja kielelliset oikeudet.....	13
2.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittely	14
2.5	Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen, koulutus ja tutkimus	15
2.6	Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta	19
2.7	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus.....	20
2.8	Kuntatalous.....	21
3	Nykytilan arviointi	23
4	Reunaehdot uudistamiselle	38
4.1	Ihmis- ja perusoikeudet	38
4.2	Hallintotehtävien hoitaminen viranomaistoimintana	40
4.3	Kunnallinen itsehallinto	41
4.4	Väestö- ja ikärakenne sekä aluekehitys	42
4.5	Voimavarojen rajallisuus.....	43
4.6	Globaali toimintaympäristö ja Euroopan unioni	46
4.7	Monikulttuurisuus.....	46
5	Pohjoismaista vertailua	48
6	Tavoitelinjaukset	57
7	Rakennelinjaukset.....	59
8	Rahoituslinjaukset.....	61
9	Työryhmän ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi.....	63
9.1	Järjestämisvastuu ja sen toteuttamisen edellytykset.....	63
9.2	Työryhmän arvioimat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit.....	64
9.3	Kuntarakenteen kehityksestä riippuvainen vaihtoehtojen mallien tarkastelu	65
9.4	Ehdotukset vaihtoehtoisiksi järjestämismalleiksi	68
9.5	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta koskevat ehdotukset.....	71
9.6	Uudistuksen toteutus	73
10	Työryhmän ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrakenteiksi.....	73
11	Työryhmän ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnaksi	74
12	Työryhmän ehdotukset jatkotoimiksi.....	75
Liite	Eriävä mielipide.....	77

1 JOHDANTO

1.1 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAN LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTUSTYÖ

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevaa lainsäädäntöä on toistaiseksi uudistettu vaiheittain.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annettu laki (169/2007, jäljempänä *puitelaki*), tuli voimaan helmikuussa 2007. Tämän ns. Paras-uudistuksen sekä sitä koskevan lain tarkoituksena on kunnallisen kansanvallan lähtökohdista vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää sekä tarkistaa valtion ja kuntien välistä tehtävänjakoa siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta.

Uudistusta ohjaava puitelaki on määräaikainen suunnittelulaki, joka on voimassa vuoden 2012 loppuun saakka. Eduskunnalle on annettu 26.11.2010 hallituksen esitys (268/2010 vp), jonka voimaantulon myötä puitelain mukaista suunnitteluvaihetta sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta koskevien velvoitteiden voimassaolon osalta jatkettaisiin vuoden 2014 loppuun. Kunta- ja palvelurakenneuudistus on edennyt sekä kuntaliitosten että yhteistoiminta-alueiden perustamisen osalta jonkin verran odotettua nopeammin, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden kestävyys näkökulmasta uudistus on jäämässä riittämättömäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettiin Matti Vanhasen II-hallituksen ohjelman kirjauksen mukaisesti terveydenhuoltolain valmistelu. Uudistuksen keskeisenä sisältönä oli kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) yhdistäminen, jolla tavoitellaan perus- ja erityistason raja-aitojen madaltamista ja peruspalvelujen vahvistamista. Terveydenhuoltolakia valmistellut työryhmä luovutti ehdotuksensa uudeksi terveydenhuoltolaiksi 16.6.2008 (STM Selvityksiä 2008:28). Laki en yhdistämisen lisäksi työryhmä esitti toimeksiantonsa mukaisesti terveydenhuoltolakiin sisällytettäväksi terveydenhuollon järjestämisen rakenteita koskevat säännökset, joista työryhmä esitti vaihtoehtoiset mallit.

Vastaanottaessaan terveydenhuoltolakitöryhmän muistion peruspalveluministeri Paula Risikko linjasi, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden valmistelua tulee jatkaa uudelta pohjalta. Linjauksen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, valvontaa ja kehittämistä koskevat säännökset kootaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen nk. järjestämislakiin. Tavoitteeksi yhteisen lain valmistelulle asetettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiselle säädetään yhteiset rakenteet. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliset edellytykset tulee saattaa käytännön tasolla mahdollisimman yhdenmukaisiksi niin, että monet nykyiset hallinnolliset esteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöltä saadaan poistettua esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä toimintayksiköissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 31.3.2009 työryhmän valmistelemaan Paras-hankkeen jatkotoimenpiteitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä. Kyseistä lakia ei kuitenkaan anneta vielä tällä hallituskaudella, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä käynnistetään kokeilu.

Toukokuun 2011 alusta voimaan tulevalla terveydenhuoltolailla (1326/2010) on yhdistetty kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki osittain siten, että uudella terveydenhuoltolailla säännellään koko julkisen terveydenhuollon toiminnan sisältöä. Myös sosiaalihuollon sisältöä määrittelevän lainsäädännön laaja kokonaisuudistus on parhaillaan valmisteilla sosiaali- ja terveysministeriössä. Kyseistä lainsäädäntöuudistusta valmisteleva työryhmä antoi väliraporttinsa kesäkuussa 2010 (STM Selvityksiä 2010:19).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäävät uudistuksen tässä vaiheessa edelleen nykyiseen kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidonlakiin ja sosiaalihuoltolaikiin (710/1982). Sosiaali- ja terveysvaliokunta piti kuitenkin terveydenhuoltolain valmistelun yhteydessä rakenteita ja rahoitusta koskevien säädösmuutosten jatkovalmistelua välttämättömänä ja totesi, että samassa yhteydessä on syytä edelleen arvioida erityisesti mahdollisuuksia terveyden edistämisen, ehkäisevän työn ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen (StVM 40/2010 vp).

Vuonna 2003 käynnistettiin Kainuun hallintokokeilu, jota koskeva laki (343/2003) on voimassa 31.12.2012 saakka. Kokeilussa Kainuun maakunta vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä lukuun ottamatta päivähoitoa. Valtiovarainministeriö asetti 9.2.2009 Kainuun hallintokokeilun seurantaryhmän valmistelevaan kokeilun jälkeisiä järjestelyjä Kainuussa. Lähtökohtana työryhmän työssä on Kainuun maakuntamallin vakinaistaminen. Lainsäädännön valmistelun yhteydessä on ollut esillä mahdollisuus Kainuun mallin yleistämisestä muualle maahan. Eduskunnalle on annettu 26.11.2010 hallituksen esitys (269/2010 vp) Kainuun hallintokokeilun jatkamisesta vuoden 2016 loppuun.

Nykyisen hallitusohjelman mukaisesti on valmisteltu valtionosuusuudistus, joka tuli voimaan vuoden 2010 alussa. Siinä kunnan peruspalvelujen valtionosuuksia koottiin valtiovarainministeriön hallinnonalalle. Kootut valtionosuudet olivat yleinen, sosiaali- ja terveydenhuollon, esi- ja perusopetuksen sekä yleisten kirjastojen, kuntien kulttuuritoimen ja asukaskohtaisesti rahoitettu taiteen perusopetuksen valtionosuudet.

Nykyisen hallitusohjelman mukaan monikanavaista rahoitusjärjestelmää arvioidaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanketta. Tämän mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveiden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) tehtäväksi laatia raportin, jossa selvitetään monikanavaisen rahoituksen vaikutuksia. THL luovutti selvityksen peruspalveluministeri Paula Risikolle 17.11.2010. Laajassa asiantuntijaryhmän selvityksessä on paikannettu monia nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitukseen liittyviä kehittämistarpeita.

1.2 UUDISTUKSEN YHTEENSOVITTAMINEN KUNTALAIN KOKONAISUUDISTUKSEN VALMISTELUN KANSSA

Valtiovarainministeriössä on käynnistynyt kuntalain kokonaisuudistuksen valmistelu. Kuntalain kokonaisuudistusta kartoittavan työryhmän muistio (valtiovarainministeriön julkaisuja 10/2011) valmistui 4.2.2011. Työryhmä kuvasi muistiossaan kuntien muuttunutta toimintaympäristöä ja analysoi tapahtunutta kehitystä kuntalain muutostarpeiden näkökulmasta. Kunnissa ja niiden toimintaympäristössä tapahtunut voimakas muutos edellyttää kunnan aseman ja toiminnan kokonaistarkastelua. Kuntalain tulee jatkossakin olla kunnan hallintoa ja talouden järjestämistä koskeva yleislaki.

Kuntalain kokonaisuudistusta tehtäessä tulee huomioida eri sektoreiden palvelurakenteiden kehittämistarpeet siten, että erityislainsäädännön tarve vähenee.

Valtiovarainministeriö asetti 4. maaliskuuta 2011 kuntalain kokonaisuudistuksen valmistelua varten kaksi työryhmää. Kunnallishallinnon rakenne -työryhmän tehtävänä on selvittää ja arvioida kuntalain kokonaisuudistuksen pohjaksi vaihtoehtoisia kunnallishallinnon rakennemalleja erityisesti kunnallisen itsehallinnon, demokraattisen päätöksenteon ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien sekä palvelujen saatavuuden ja perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Kunnan talous -työryhmän tehtävänä on valmistella tarvittavat kiireelliset muutokset kunnan talouden ohjausta ja tasapainotusta koskeviin kuntalain säännöksiin sekä kuntalain kokonaisuudistukseen liittyen kunnan talouden ohjaamista, yhteistoiminnan taloutta ja konsernin ohjausta sekä hallinnon ja talouden tarkastusta koskevat ehdotukset. Työryhmien toimikausi jatkuu vuoden 2011 loppuun.

Kuntalain kokonaisuudistuksen tärkein kysymys on, millaisiin kunta- ja palvelurakenteisiin kuntalakia luodaan, miten kuntalailla ohjataan kunnan toimintaa ja talouden hoitoa toimintaympäristön muuttuessa ja miten kunnallishallintoa ja sen eri tehtäväalueita kokonaisuutena kehitetään. Tavoitteena ovat selkeät ja vahvat rakenteet, joilla pystytään turvaamaan kuntien vastuulla olevat peruspalvelut yhdenvertaisesti. Koska sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien laajin toimiala, tulee sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistustyö ja kuntalain uudistustyö yhteen sovittaa keskenään. Tulevien uudistusten siirtymävaiheissa tulee huomioida myös kunta- ja palvelurakennemuutosten myötä toteutetut ratkaisut tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kuntalain kokonaisuudistus on tarkoitettu toteuttaa seuraavan hallituskauden aikana siten, että uutta kuntalakia sovellettaisiin vuonna 2017 alkavalla valtuustokaudella. Koska kuntalain kokonaisuudistukseen liittyy olennaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön uudistus, tulee sekä uudistusten valmistelu että lakien voimaantulo sovittaa yhteen.

2 NYKYTILA

2.1 PALVELURAKENNE

Kansanterveislain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin kansanterveyslaissa, terveydenhuoltolaissa tai muutoin säädetään tai määrätään. Kunnat voivat huolehtia kansanterveystyöstä myös yhteistoiminnassa perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Kansanterveystyön tehtävien hoitamista varten kunnalla tulee olla *terveyskeskus*. Terveyskeskuksia on yhteensä 172, joista 106 on kuntien, 36 kuntayhtymien ja 30 isäntäkuntien terveyskeskuksia. Alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on 97 ja yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on 75.

Sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin sosiaalihuoltolaissa tai muutoin säädetään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai mui-

den kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelunkäyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Vuonna 2011 Suomessa on 336 kuntaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestää itse 106 kuntaa ja tällaisissa kunnissa asuu kaksi kolmasosaa Suomen väestöstä. Kunnassa sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaa yleensä sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta. Lautakunnan toimialaan voi kuulua sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muita tehtäviä. Kunta voi jakaa vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä myös useammalle toimielimelle kunnassa. Yhteistoiminta-alueita on yhteensä 66. Ne järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut yhdelle kolmasosalle väestöstä ja niissä on mukana 220 kuntaa.

Erikoissairaanhoitolain 3 §:n mukaan kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirit on lueteltu lain 7 §:ssä, mutta kunta voi valita, mihin sairaanhoitopiiriin se kuuluu. Sairaanhoitopiirejä on yhteensä 20.

Samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on 1.5.2011 voimaan tulevan terveydenhuoltolain 34 §:n mukaan laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa. Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Suunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja hyväksyttävä sairaanhoitopiiriin kuntayhtymässä.

Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu erikoissairaanhoitolain 9 §:n mukaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Erityisvastuualueita on viisi. Valtioneuvoston päätöksellä (1077/1990) on annettu säännökset siitä, mitkä ovat erityisvastuualueita ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen.

Erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on terveydenhuoltolain 43 §:n mukaan tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Sopimus on laadittava kunnallisvaltuustokausittain. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoidtoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtioneuvoston asetuksella säädetään siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon. Valtioneuvoston asetuksella säädetään

lisäksi valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keskittämisestä ja niistä kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä, joiden on vastattava keskitetystä erityistason sairaanhoidosta. Jos valtakunnallisesti keskitettävät erityistason sairaanhoidon palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta, voidaan valtioneuvoston asetuksella määritellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on lain 39 §:n mukaan järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairanhoidon järjestämissopimuksessa. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on muun muassa vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä, suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan sekä sovittaa yhteen alueensa hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) perusteella erityishuoltopiireihin. Kunnan kuulumisesta erityishuoltopiiriin säädetään valtioneuvoston asetuksella. Muut erityishuoltopiirit paitsi Helsingin erityishuoltopiiri ovat kuntayhtymiä. Valtioneuvoston asetuksen (1045/1008) mukaan erityishuoltopiirejä on 15. Kärkulla samkommunkuntayhtymä vastaa lisäksi piirijaosta huolimatta ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien taloudellisesti ja henkilöstömäärällä mitattuna suurin sektori ja sillä on vaikutus lähes koko väestön arkipäivän elämään. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitys vaikuttaa yhä enemmän kuntien talouteen. Palvelujärjestelmän muutokset vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon 250 000 työntekijän työhön. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sosiaali- ja terveystalouden turvaaminen korostavat moniammatillisen muutosjohtamisen merkitystä. Tämä edellyttää ammatillisen johtamisen vahvistamista ja henkilöstön aktiivista osallistumista. Uudistuksen valmistelussa on välttämätöntä tunnistaa tulevien vuosikymmenten muuttuvat palvelutarpeet.

Kunta- ja palvelurakenneuudistusta ohjaa tällä hetkellä puitelaki, jonka mukaan perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalipalveluista vastaa erään poikkeuksin vähintään 20 000 asukkaan kunta tai useamman kunnan muodostama yhteistoiminta-alue. Yhteistoiminta-alueiden vaihtoehtoisia organisointimuotoja ovat kuntayhtymä ja isäntäkuntamalli. Isäntäkuntamallissa yksi kunta hoitaa tehtäviä sopimuksen nojalla myös muiden kuntien puolesta. Kuntayhtymä on jäsenkuntien val-

tuustojen hyväksymällä perussopimuksella perustettu jäsenkunnistaan erillinen julkisoikeudellinen oikeushenkilö, joka hoitaa jäsenkuntiansa puolesta perussopimuksen mukaisia tehtäviä. Osa kunnista on toteuttanut Paras-hankkeen mukaiset uudistukset, osa on tehnyt päätökset ja toteuttaa uudistukset lähivuosina. Osalla kunnista selvitykset ovat käynnissä. Yhteistoiminta-alueista 36 toimii kuntayhtyminä ja 30 isäntäkuntamallilla.

Yksityisen sektorin osuus julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta

Kansantalouden tilinpidon mukaan vuonna 2009 sosiaalipalveluiden tuotos eli tuotettujen palvelujen arvo oli yhteensä 8,23 miljardia euroa ja terveyspalvelujen tuotos yhteensä 13,48 miljardia euroa sisältäen sekä julkisen että yksityisen palvelutuotannon.

Sosiaalipalveluissa julkisen toiminnan tuotos- ja työllisyysosuudet ovat pienentyneet 2000 -luvulla 7–8 prosenttia. Myös terveyspalveluissa yksityisen toiminnan merkitys on lisääntynyt viime vuosikymmenellä mutta hitaammin kuin sosiaalipalveluissa. Henkilöstöllä mitattuna yksityinen sosiaali- ja terveydenhuoltosektori on kasvanut viime vuosina suhteellisesti julkista sektoria nopeammin, mutta lukumääräisesti tarkasteltuna julkisen sektorin työntekijämäärä kasvaa yksityistä sektoria nopeammin.

Yksityiset sosiaalipalvelut muodostavat merkittävän osan kunnan järjestämisvastuulla olevien palveluiden kokonaisuudesta. Kuntien ja kuntayhtymien ostamien sosiaalipalveluiden arvo oli vuonna 2009 yhteensä 1,75 miljardia euroa. Yksityisen sektorin tuottamien ostopalvelujen osuus kokonaistuotoksesta oli vuonna 2009 noin 21 prosenttia. Yksityisten sosiaalipalveluiden tärkein ostaja on kunta. Kunnat ostivat merkittävästi muun muassa lasten ja nuorten laitoshuoltoa, päihdehuoltoa sekä vanhusten ja muiden erityisryhmien asumispalveluita.

Terveyspalveluissa yksityisen sektorin osuus kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen tuotannossa on selvästi sosiaalipalveluja vaatimattomampi. Kuntien ja kuntayhtymien ostamien terveyspalvelujen arvo oli vuonna 2009 yhteensä 400 miljoonaa euroa. Yksityisen sektorin tuottamien ostopalvelujen osuus terveyspalvelujen kokonaistuotoksesta oli vuonna 2009 noin kolme prosenttia. Terveyspalveluiden ostopalveluissa merkittävimpiä ovat esimerkiksi hammashuollon ja perusterveydenhuollon palvelut. Vuonna 2009 yhteensä 37 ulkoistettua terveysasemaa palveli yhteensä noin 400 000 asukkaan väestöä eri puolilla Suomea. Pääasiassa yksityisiä terveyspalveluita ostavat kotitaloudet (sairausvakuutusjärjestelmän tukemana), työnantajat, vakuutusyhtiöt, työeläkelaitokset ja Valtionkonttori.

Yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavat sekä järjestöt että yritykset. Vuonna 2009 oli yritysten osuus sosiaalipalveluissa liikevaihdolla mitaten 45,6 prosenttia ja järjestöjen 54,4 prosenttia. Vastaavat luvut terveyspalveluissa olivat yritysten osuus 80,7 prosenttia ja järjestöjen osuus 19,3 prosenttia. Kokonaisuutenaan yksityisen toiminnan osuus kaikista palveluista oli vuonna 2009 sosiaalipalveluissa (euroilla mitaten) noin 31 prosenttia ja terveyspalveluissa noin 23 prosenttia. Osassa sosiaalipalveluja järjestöt ovat ainoita tai lähes ainoita erityispalvelujen tuottajia. Yksityinen sosiaali- ja terveyssektori työllisti vuoden 2008 lopussa lähes 100 000 henkilöä.

2.2 PALVELUPAIKAN VALINTAAN LIITTYVÄT OIKEUDET

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin vaikuttaa olennaisesti myös se, miten asiakkaat tai potilaat voivat valita, mistä he palvelunsa saavat.

Toukokuun 2011 alusta voimaan tulevalla terveydenhuoltolailla laajennetaan olennaisesti potilaiden oikeutta valita hoitopaikkansa. Lain 47 § ja 48 § pykälät antavat asiakkaalle mahdollisuuden hoitopaikkansa valintaan. Lain tullessa voimaan, voi ihminen valita kotikuntansa mukaisen terveyskeskuksen terveysasemista itselleen sopivimman. Hänelle tulee antaa mahdollisuus valita myös hoitava lääkäri tai työpari silloin kun se on toiminnallisesti mahdollista. Erikoissairaanhoidon yksiköistä ensivaiheessa voi lääkärin läheteellä valita kotikunnan mukaisen erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon yksiköistä itselleen sopivimman. Viettäessään pidempiä aikoja toisella paikkakunnalla, on potilaalla mahdollisuus käyttää oleskelupaikkakunnan terveyspalveluja hoitosuunnitelmansa mukaisten hoitojen toteuttamiseen.

Vuoden 2014 alusta valinnan mahdollisuus laajenee sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa koko maan laajuiseksi. Valinnan mahdollisuudella halutaan vahvistaa asiakkaita palvelujärjestelmän ohjaajana. Tämä asiakkuuden muutos vaikuttaa myös palvelurakenteen ratkaisuihin tulevaisuudessa.

Laitoshoidossa olevien ja asumispalveluja sekä perhehoitoa tarvitsevien oikeus valita kotikuntansa laajeni vuoden 2011 alusta. Kotikuntalain (201/1994) muutoksen myötä pitkäaikaisen laitoshoidon, asumispalvelujen tai perhehoidon tarpeessa oleva henkilö voi jatkossa valita uudeksi kotikunnakseen sen kunnan, jonka alueella olevasa toimintayksikössä tai asunnossa hän tosiasiaassa asuu. Valintaoikeuden käyttäminen edellyttää sitä, että hoidon tai asumisen arvioidaan kestävän tai se on kestänyt yli vuoden.

Sosiaalihuoltolain muutoksen myötä henkilö voi pyytää palvelutarpeen arviointia ja palvelujen järjestämistä myös muualta kuin kotikunnastaan. Näin henkilö voi hakeutua nykyisestä kotikunnastaan toisen kunnan asukkaaksi ja sen palvelujen piiriin. Lainmuutos mahdollistaa esimerkiksi sen, että laitoshoidossa oleva henkilö voi muuttaa asumaan omaistensa ja läheistensä lähelle.

Lakimuutokset aiheuttavat kustannusten jakamista kuntien välillä. Palvelujen järjestämisvastuu siirtyy muuttopäivästä lukien uudelle kunnalle, mutta vastuu henkilön hoito- ja hoivapalvelujen kustannuksista säilyy hänen aiemmalla kotikunnallaan.

2.3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT JA KIELELLISET OIKEUDET

Sosiaalihuoltolain 40 §:n mukaan yksikielisissä kunnissa ja kuntayhtymissä järjestetään sosiaalihuolto kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Kaksikielisen kunnan ja kaksikielisiä tai sekä suomen- ja ruotsinkielisiä kuntia käsitteävän kuntayhtymän sosiaalihuolto järjestetään kunnan tai kuntayhtymän molemmilla kielillä siten, että asiakas saa palvelua valitsemallaan kielellään, joko suomeksi tai ruotsiksi.

Yksikielisen kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on terveydenhuoltolain 6 §:n mukaan järjestettävä terveydenhuollon palvelunsa kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisen kunnan ja kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia käsittävän kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä siten, että asiakas ja potilas saavat palvelut valitsemallaan kielellä. Potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain 10, 18 ja 20 §:ssä.

Sekä sosiaalihuoltolain että terveydenhuoltolain edellä mainitut pykälät sisältävät säännökset siitä, että kunnan tai (sairaanhoitopiirin)kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sosiaalihuollon palveluja tai terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai (sairaanhoitopiirin)kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaissa (1086/2003).

2.4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kehittäminen etenee vaiheittain. Terveydenhuoltolain voimaan tulon myötä toteutetaan uudistus, jonka myötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aita poistuu potilastietojen käsittelyn osalta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuoltolain 9 §:n mukaan terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Yhteisen potilastietorekisterin rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta.

Potilastiedon kansallinen tiedonhallinta (KanTa-palvelut) on toimeenpanovaiheessa. KanTa-palvelut (eArkisto, eResepti ja eKatselu) mahdollistavat potilaan tietojen ajantasaisen saatavuuden hoitotilanteessa. Palveluiden toteutuksesta ja liittymisvelvollisuudesta on säädetty kahdella lailla (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 ja laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007).

Sosiaalihuollon tiedonhallinta on siirtymässä määrittelyistä pilotointivaiheeseen. Valmisteltavana on terveydenhuollon mallia vastaava kokonaisuus, jossa arkkitehtuuri koostuu standardinmukaisista organisaatioiden käytössä olevista tietojärjestelmistä ja kansallisista tietojärjestelmäpalveluista, joista keskeisin olisi sosiaalihuollon arkistopalvelu. Sosiaalihuollon kansallisessa tietoteknologiahankkeessa (TIKESOS) on tehty asiakastiedon käsittelyn kansalliset määritykset. Poliittiset ratkaisut, lainsäädäntö ja rahoitus sosiaalihuollon kansallisille tietojärjestelmäpalveluille puuttuvat. Laajana toteutuksena sosiaalihuollon hanke on vaiheistettu niin, että se tulee KanTa-hankkeen jälkeen.

2.5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMINEN, KOULUTUS JA TUTKIMUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisesta suunnittelusta ja kehittämisestä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 2 luvussa. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (*kansallinen kehittämisohjelma*). Kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset.

Kansallista kehittämisohjelmaa voidaan tarkistaa vuosittain ohjelman tavoitteiden toteuttamista tukevien toimenpiteiden osalta, muutoin kansallista kehittämisohjelmaa voidaan muuttaa erityisestä syystä. Kansallisessa kehittämisohjelmassa voidaan asettaa myös sellaisia valtion sosiaali- ja terveydenhuollon keskus- ja aluehallintoon kohdistuvia ohjelman toteuttamista koskevia keskeisimpiä tavoitteita ja toimenpidesuosituksia, jotka ovat perusteltuja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten tavoitteiden kokoamiseksi ja toimeenpanemiseksi sekä valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistoiminnan toteuttamiseksi valtioneuvosto nimeää neljäksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveystaloudellisen yhteydessä toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan. Sosiaali- ja terveystaloudellisen ministeriö voi asettaa alueellisia johtoryhmiä neuvottelukunnan toiminnan tueksi.

Sosiaali- ja terveystaloudellisen ministeriö voi myöntää kunnalle tai kuntayhtymälle hankkeavustusta kansallisen kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Kehittämishankkeen toteuttajina voi olla myös useampi kunta yhdessä taikka useampi kuntayhtymä.

Vuosi 2008–2011 koskeva ohjelma vahvistettiin 31.1.2008. Ohjelma nimettiin Kaste-ohjelmaksi. Ohjelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008–2011 suunnataan Stakesin, Kansanterveyslaitoksen (1.1.2009 alkaen Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen), Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten (1.1.2010 alkaen aluehallintovirastojen) työpanosta sekä muita kehittämistoiminnan resursseja. Ohjelman päämäärät perustuvat hallinnonalan keskeisiin pitkän aikavälin strategisiin tavoitteisiin. Kehittämisohjelman hankkeisiin on valtion budjettikehykseen varattu runsaat 20 miljoonaa euroa vuodessa. Seuraavaa kansallista kehittämisohjelmaa valmistellaan parhaillaan sosiaali- ja terveystaloudellisen ministeriössä.

Sosiaalihuollon koulutus-, tutkimus- ja kehittämistoiminta

Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunta ja sosiaalihuollon henkilökunnan koulutuksesta huolehtiva oppilaitos tai korkeakoulu voi lain 52 §:n mukaan sopia sosiaalihuollon toimintayksiköiden käyttämisestä sosiaalihuollon koulutustoiminnan järjestämiseen. Kunta on oikeutettu saamaan edellä tarkoitettua koulutustoiminnan

järjestämisestä aiheutuvista välittömistä kustannuksista täyden korvauksen korkea-koululta taikka koulutuksesta huolehtivalta muulta viranomaiselta tai yhteisöltä. Korvausta määriteltäessä otetaan huomioon myös se välitön hyöty, jonka kunta saa koulutustoiminnan ohessa.

Sosiaalialan osaamiskeskustoiminta

Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta säädetään sitä koskevassa laissa (1230/2001). Toiminnan tarkoituksena on luoda ja ylläpitää koko maan kattava alueellinen yhteistyörakenne sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä edellyttävien erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Toiminnasta vastaavat alueelliset sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toimialueet kattavat kaikki kunnat. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on lisäksi ruotsinkielinen osaamiskeskus. Osaamiskeskuksista ja niiden toimialueista säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Osaamiskeskuksen voivat muodostaa kunkin toimialueen kunnat ja kuntayhtymät yhdessä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten, maakunnan liittojen, aluehallintovirastojen, järjestöjen ja yritysten sekä muiden sosiaali- ja terveysalalla toimivien eri tahojen kanssa.

Osaamiskeskustoiminta ja osaamiskeskuksen hallinto järjestetään osaamiskeskuksen muodostavien edellä mainittujen tahojen keskinäisen sopimuksen mukaisesti. Osaamiskeskustoimintaa varten tulee olla tämän sopimuksen mukaisesti valittu johtaja ja muuta toiminnan toteuttamiseksi tarvittavaa henkilöstöä. Henkilöstössä tulee olla edustettuna riittävästi tieteellistä pätevyyttä, sosiaalialan kehittämiseen liittyvää asiantuntemusta sekä kokemusta hallintotehtävistä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tukee osaamiskeskuksia erityisesti tutkimus-, ko-keilu- ja kehittämistoiminnassa sekä tarpeen mukaan muissakin tehtävissä. Osaamiskeskustoiminnan tukemiseksi suoritetaan myös valtionavustusta.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on muodostaa osaamiskeskustoiminnan valtakunnalliset linjaukset, huolehtia kunkin osaamiskeskuksen toiminnan erityisistä painoalueista sopimisesta sekä muutoinkin yhteen sovittaa ja tukea osaamiskeskusten toimintaa. Neuvottelukunnan tulee myös lausuntoja antamalla tai muutoin ottaa kantaa periaatteellisesti tärkeisiin osaamiskeskustoimintaa tai osaamiskeskusten hallintoa koskeviin kysymyksiin sekä tehdä tarvittaessa ehdotuksia lainsäädännön kehittämiseksi.

Perusterveydenhuollon kehittämisen koordinointi

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista.

Yksikön keskeisenä tehtävänä on perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perustervey-

denhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Tarkoituksena on myös, että yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on lain 36 §:n mukaan tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset strategiat ja suunnitelmat on valmisteltava yhteistyössä kuntien kanssa ottaen huomioon kunnan eri toimialojen toiminta.

Terveyskeskuksen on lain 37 §:n mukaan huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Terveidenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

Terveidenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään 1.5.2011 voimaan tulevan terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 luvussa.¹ Sen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnosta sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnosta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

Terveidenhuoltolaki sisältää myös säännökset siitä, miten koulutuksesta aiheutuneet kustannukset korvataan sekä perus- että erikoistumiskoulutuksen osalta muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle.

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen osalta terveydenhuoltolaissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain.

Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Rahoitusta maksetaan erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja ta-

¹ Tätä ennen terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoimintaa koskevat säännökset sisältyivät erikoissairaanhoitolakiin. Terveidenhuoltolain opetustoiminnan järjestämistä koskevat säännökset vastaavat erikoissairaanhoitolain säännöksiä.

voitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan terveyden tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä on arvioida terveyden tutkimuksen laatua, määrää ja tuloksellisuutta sekä painoalueiden ja tavoitteiden saavuttamista kuluneella nelivuotiskaudella ja tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutus

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutus on lakisääteistä. Kunnilla on sosiaalihuoltolain 53 §:n mukaan lakisääteinen velvoite järjestää täydennyskoulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle. Kunnan tulee huolehtia siitä, että sosiaalihuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi sille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kunnille suositukset sosiaalihuollon täydennyskoulutuksen järjestämisen tueksi (STM julkaisuja 2006:6).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveydenhuoltolain 5 §:ssä. Sen mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö.

Erikoissairaanhoitolain 10 §:ssä säädetään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

Lisäksi terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta on säännöksiä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa sekä STM:n asetuksessa (1194/2003). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lisäksi suositukset täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi (STM:n oppaita 2004:3).

2.6 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALVONTA

Valvonta jaetaan perinteisesti laillisuusvalvontaan ja hallinnolliseen valvontaan, jota on toiminnan tarkoituksenmukaisuuden ja asianmukaisuuden valvonta. Lisäksi on muunlaista valvontaa, esimerkiksi laadunvalvonta. Laatujärjestelmät eivät sosiaali- ja terveydenhuollossa kuitenkaan ole lakisääteisiä. Laillisuus- ja hallinnolliseen valvontaan liittyy yleensä valtuuksia määrätä ja toimeenpanna sanktioita kuten esimerkiksi toiminnan keskeyttäminen tai kieltäminen tai uhkasakko. Valvonta perustuu yleensä viranomaiselle säädettyyn oma-aloitteiseen toimintavelvollisuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat Sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä niin julkisen kuin yksityisenkin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita alueillaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira huolehtii vastaavasta ohjauksesta ja valvonnasta valtakunnallisesti sen ja aluehallintovirastojen kesken säädetyn työnjaon mukaisesti. Valvira myös ohjaa aluehallintovirastojen valvontatoimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi. Lääkevalvonnasta vastaa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Valviralla ja aluehallintovirastoilla on osittain päällekkäistä toimivaltaa. Valvonnan suunnitelmallisuuden, kohdentamisen ja valtakunnallisen yhdenmukaisuuden toteuttamiseksi laaditaan (Valvira ja aluehallintovirastot yhteistyössä) sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueille valvontaohjelmia, joissa linjataan myös Valviran ja aluehallintovirastojen työnjakoa.

Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetty tehtävät. Kunnan on pidettävä huolta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin erityislainsäädännössä säädetään. Kunnan tehtäviin kuuluu myös valvoa kunnassa toimivia yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajia.

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat monijäseniset toimielimet valvovat viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnanvaltuuston asettama tarkastuslautakunta tarkastaa kunnan hallintoa ja taloutta sekä arvioi ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon oman hallinnonalan valvonnan ohella on yleisellä laillisuusvalvonnalla suuri merkitys. Ylimpänä laillisuusvalvojina toimivat valtioneuvoston oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies. Oikeuskansleri valvoo valtioneuvoston ja tasavallan presidentin virkatointen lainmukaisuutta, ja eduskunnan oikeusasiamies tuomioistuinten, viranomaisten, virkamiesten, julkisyhteisön työntekijöiden sekä muiden julkista tehtävää suorittavien virkatointen lainmukaisuutta. Sekä oikeuskansleri että eduskunnan oikeusasiamies valvovat myös perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa informaatio-ohjaukseksi luettavia arviointi- ja seurantatehtäviä hoitaa pääosin terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Sen tehtävänä ei ole kuntien viranomaisvalvonta. THL:n tehtävät ovat lähinnä alan seuranta-, arviointi-, tiedonhankinta- ja välitystehtäviä, tiedostojen ja tilastojen ylläpitotehtäviä sekä tutkimus- ja kehittämistehtäviä. Aluehallintovirastojen lakisääteinen peruspalvelujen arviointitehtävä liittyy sosiaali- ja terveydenhuollossa virastojen suorittamaan valvontaan, joskin peruspalvelujen arviointia on aluehallintoviranomaisten toimesta tehty monista eri näkökulmista. Aluehallintovirasto voi kuntalain perusteella myös kantelun johdosta tutkia onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan.

2.7 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut perinteisesti monikanavainen. Tällä hetkellä järjestelmään kanavoituu rahaa vähintäänkin kahdeksan rahoittajatahon kautta. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt sekä Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ja Raha-automaattiyhdistys. Rahoittajatahot keräävät tarvitsemansa varat eri rahoituslähteistä kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen sekä korvaamaan yksityisten palvelujen käytön kustannuksia vaihtelevien periaatteiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa pääasiassa valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu on kunnallisveron tapainen suhteellinen veroluonteinen maksu, jota jokainen verovelvollinen suomalainen maksaa yhtä suuren osan tuloistaan. Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa erityisesti terveydenhuollossa kansainvälisesti poikkeuksellisen korkea (OECD Health Data 2010).

Valtio maksaa kunnille laskennallisin perustein valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen, valtion korvausta terveydenhuollon yksiköille opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtionavustusta kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin sekä Kansaneläkelaitokselle valtion osuuden sairaanhoitovakuutuksesta ja työtulovakuutuksesta.

Kunnat rahoittavat järjestämänsä perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut. Kansaneläkelaitos korvaa sairaanhoitovakuutuksesta potilaille muun muassa lääkkeitä, yksityisistä terveyspalveluista, kuntoutuksesta ja matkoista aiheutuneita kustannuksia sekä lisäksi maksaa korvauksia Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle ja EU-korvaukset sairaanhoidon kustannuksista. Kansaneläkelaitos maksaa työtulovakuutuksesta muun muassa korvauksia työnantajille työterveyshuollon järjestämisestä sekä sairauspäivärahaa, vanhempainpäivärahaa ja kuntoutusrahaa vakuutetuille.

Yksityiset vakuutusyhtiöt maksavat vapaaehtoisista sairausvakuutuksista ja pakollisista tapa-turma- ja liikennevakuutuksista vakuutetuille korvauksia muun muassa asiakasmaksuista, haitasta ja vammasta. Vakuutusyhtiöt maksavat lisäksi korvauksia hoitolaitoksille annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta.

Työnantajat maksavat pääosan työterveyshuollon palvelujen käytön kustannuksista. Työtulovakuutuksesta työnantajat rahoittavat 73 prosenttia sekä palkansaajat ja yrittäjät yhteensä 27 prosenttia. Tulevaisuudessa tapahtuvat työtulovakuutuksen kulu- jen muutokset on sovittu rahoitettavan siten, että tarvittavat maksujen muutokset jakautuvat tasan työnantajien sekä palkansaajien ja yrittäjien kesken. Valtio osallistuu työterveyshuollon kustannuksiin tietyltä osin rahoittamalla yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuoltoa.

Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista palveluista asiakasmaksuja ja yksityisten palvelujen käytön mukaiset kustannukset, johon saadaan sairausvakuutuksesta korvaus. Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus osallistuu palveluasuntojen rahoittamiseen ja Raha-automaattiyhdistys rahoittaa palveluinnovaatioiden kehittämistä. Myös Tekes rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatioita.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet

Toiminto	Pääasiallinen rahoittaja*	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat 89 % Kotitaloudet 9 %	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat 49 % Sairausvakuutus 42 %	Työnantajamaksut Työtulovakuutus	Työntekijämäärä Suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet 49 % Sairausvakuutus 35 %	Asiakasmaksut Sairausvakuutus	Suoritteet
Erikoissairaanhoido	Kunnat 92 % Kotitaloudet 4 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitojaksot, suoritteet
Lääkkeet	Sairausvakuutus 56 % Kotitaloudet 44 %	Sairausvakuutus Omavastuut	
Matkat	Sairausvakuutus 89 % Kotitaloudet 11 %	Sairausvakuutus Omavastuut	Kustannukset
Vanhustenhuolto	Kunnat 80 % Kotitaloudet 20 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitopäivät, palvelut
Muu sosiaalitoimi	Kunnat Kotitaloudet	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti

* Lähteet: THL 2010a, b sekä Kela 2009 ja Kela 2010b

2.8 KUNTATALOUS

Kuntatalouden kehitys on myötäillyt suhdannevaihteluita. 1990-luvun laman jälkeisenä aikana kuntien tehtäväkenttä pysyi suurin piirtein ennallaan. Kansantalouden toipuessa kuntien velvoitteita on lisätty 2000-luvulla. Tästä huolimatta kuntien toiminnan kansantuoteosuus säilyi entisellään, mikä selittyy osittain toiminnan tehostumisella. Kuntien henkilöstön määrä kasvoi, mutta ei edelleenkään ylittänyt 1990-luvun alun tasoa.

Kuntatalouden tila on pysynyt kroonisesti kireänä, nimellinen kunnallisveroaste on kohonnut vuosittain ja kuntien lainakanta on viimeisen 10 vuoden aikana 2,5-kerkaistunut.

Kuntien velvoitteet ovat Suomessa poikkeuksellisen laajat. Käytännössä koko julkinen sosiaali- ja terveystoimi ja opetustoimi yliopistoja lukuun ottamatta ovat kuntien järjestämisvastuulla monien muiden, kulttuuriin, infrastruktuuriin ja elinkeinojen tukemiseen liittyvien palvelujen ohella. Kuntien velvoitteet ja tehtävät säädetään suurelta osin lainsäädännössä. Kuntien menot ovat noin 40 % julkisen talouden kokonaismenoista ja noin 70 % julkisesta kulutuksesta. Kuntapalvelujen tuottaminen on työvoimavaltaista; kunta-alalla työskentelevät noin 430 000 henkilöä vastaavat lähes 20 % koko kansantalouden työllisistä. Tämä on noin 5 prosenttiyksikköä vähemmän kuin esimerkiksi Ruotsissa, mikä onkin suurin yksittäinen selittäjä Ruotsin huomattavasti meitä korkeammalle työllisyysasteelle.

Kunnat rahoittavat palvelunsa suurelta osin keräämälläan verotuloilla, ja niillä on verotuksellinen autonomia kunnallis- ja osin kiinteistöveron osalta. Toisaalta kunnat ovat kokonsa ja sosioekonomisten rakenteittensa osalta erittäin heterogeenisiä, ja niillä on hyvin erilaiset mahdollisuudet rahoittaa itse niille säädetty, lähtökohtaisesti samat palveluvelvoitteet. Tämän vuoksi kuntien rahoitusmahdollisuuksia on täydennetty ja tasattu valtionosuusjärjestelmän avulla. Kuntatalouden erityispiirteet, valtion osallistuminen kuntatalouden rahoitukseen ja jatkuva kuntien lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden lisääntyminen ovat näkyneet kuntien ja valtion välisinä jännitteinä ja

näkemyseroina kunta-asoiden valmistelussa. Julkinen talous on kuitenkin kokonaisuus, jossa valtiolla on vastuu yleisestä talouspolitiikasta, julkisen talouden tasapainosta ja kestävyydestä. Valtiolla on myös vastuu lainsäädännöllä kunnille annettavien tehtävien ja velvoitteiden tasapainosta suhteessa kuntatalouden kestävyYTEEN.

Valtion kunnille määräämien lakisääteisten tehtävien rahoitusvastuita tarkastellaan kustannustenjaon tarkistuksessa neljän vuoden välein. Tässä tarkastelussa kunnat ovat jatkuvasti olleet saamapuolella, mikä osoittaa, että rahoitus on ollut alimitoitettu ja kunnat ovat joutuneet käyttämään uusien tehtäviensä hoitamiseen ennakoitua enemmän rahaa. Tämä on osaltaan aiheuttanut kuntatalouden kiristymistä ja vaikeuttanut kunnissa toiminnan ja talouden suunnittelua.

Väestön ikääntymiseen liittyvien menojen kehityksen kannalta kunnilla on keskeinen merkitys. Lähivuosikymmeniksi arvioidusta ikäsidonnaisten julkisten palvelujen kasvupaineesta liki puolet kohdistuu kuntien järjestämisvastuulla oleviin hoito- ja hoivapalveluihin, mikä lisää kuntatalouden rahoitus- ja ohjausjärjestelmien jännitteitä merkittävästi. Kuntatalous on julkisen talouden kestävyysongelman kannalta keskeisessä asemassa erityisesti julkisen palvelujärjestelmän tuottavuuskehityksen mutta myös julkisen talouden laajuuden sekä sen vastuiden ja rahoitusmahdollisuuksien välisen tasapainon näkökulmasta.

Tilastokeskuksen kunta-alaa koskevat tuottavuusmittarit kuvaavat kuntien palvelutuotannon tuottavuutta, mutta antavat valtaosaltaan harhaanjohtavan käsityksen kuntien toiminnan vaikuttavuudesta, koska niissä ei oteta huomioon toiminnan laatua ja vaikuttavuutta. Suomen Kuntaliiton ja VATT:n yhteistyönä ollaan kehittämässä kestävän tuottavuusmittauksen mittaristoa. Myös Valtionvarain ministeriö on työssä mukana.

Työvaltaisena alana kuntien mahdollisuudet nykyistä olennaisesti korkeampaan tuottavuuteen ovat rajalliset. Tuottavuutta ja erityisesti toiminnan vaikuttavuutta on kuitenkin parannettava ja muun muassa ICT-järjestelmiä sekä kuntien rakenteita ja toimintatapoja uudistettava. Näin saatavalla toiminnan tehostamisella ei kuitenkaan voida kuroa niin sanotusta kestävyysvajeesta kuin osa.

Ilman peruspalvelujen tuottavuuden kohenemista ja kuntien lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden kasvun pysäyttämistä ja toisaalta niiden määrän vähentämistä kuntatalous ajautuu edellä kuvatuilla menopaineilla negatiiviseen kehityskierteeseen ja mittaviin veronkorotuksiin. Tämä puolestaan aiheuttaisi jatkuvan paineen kokonaisveroasteeseen, jolla olisi vakavia vaikutuksia talouskasvuun.

Kunnat eivät voi lisätä henkilökuntaansa merkittävästi, koska työvoiman määrä pienenee. Tässä tilanteessa tarvitaan kaikkien osapuolten yhteistä tahtotilaa, jotta kansalaisten peruspalvelujen saatavuus voidaan taata ja samalla varmistaa muiden sektorien työvoiman saatavuus.

Kuntatalouden rahoitukseen liittyy ongelmallisia piirteitä, joiden haitat ovat omiaan korostumaan ikärakenteen muutokseen liittyvän rahoitustarpeiden kasvun myötä. Eri syistä johtuva epävakaa tulopohja on vakava ongelma.

3 NYKYTILAN ARVIOINTI

Työryhmä arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa käyttämällä SWOT analyysiä työkaluna. Tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa säätelevän lain ja sen mukaisten ratkaisujen tulee tukea tunnistettujen uhkien hallintaa sekä vahvistaa järjestelmän todettuja heikkouksia. Ratkaisujen tulee hyödyntää olemassa olevia järjestelmän vahvuuksia sekä ottaa kaikki irti tarjoutuvista ulkoisista mahdollisuuksista.

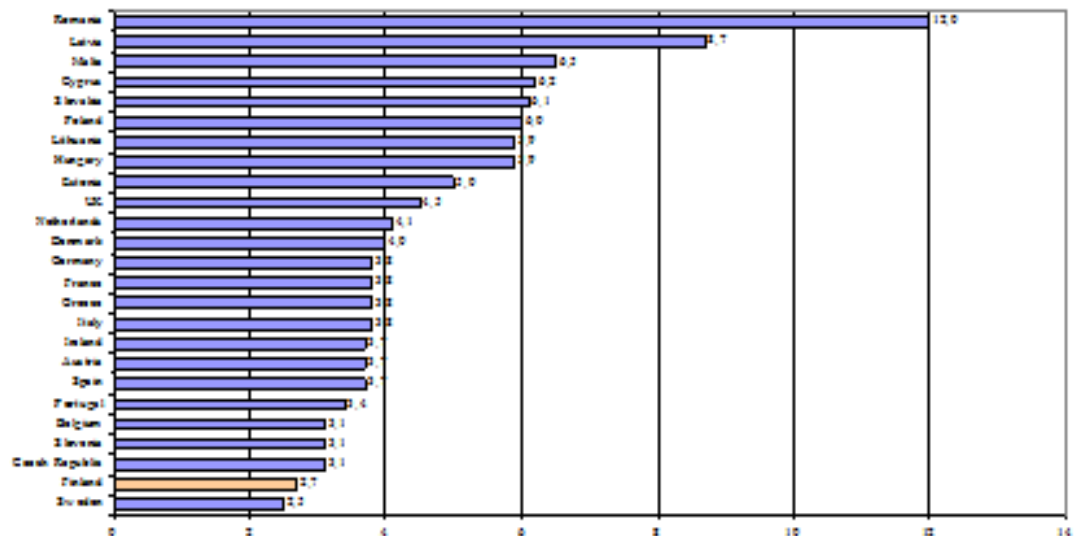
Työryhmän SWOT-analyysi:

Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> - Erikoissairaanhoidon tuottavuus - Kokonaisjärjestelmän kustannukset suhteessa BKT:seen - Kansalaisten yleinen hyväksyntä - Korkeasti koulutettu henkilöstö 	Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> - Eriarvoistava palvelurakenne → ihmisten eriarvoisuus - Peruspalvelujen tila - Järjestelmän pirstaleisuus - Kokonaisvastuun puute asiakasprosessista - Johdettavuus ja ohjattavuus - Kustannusten heikko hallinta - ICT:n riittämätön hyödyntäminen - Puutteellinen tietoperusta
Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> - Demokraattinen päätöksenteko - Hoitomenetelmien kehitys - Tietoteknologian kehitys - Sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy - Poikkihallinnollinen päätöksenteko - Asiakasosallisuus 	Uhat: <ul style="list-style-type: none"> - Ei yhteistä visiota - ikärakenteen ja huoltosuhteen muutos - Sisäinen muttoliike - Taloudenkehitys - Kilpailu vähenevästä työvoimasta - Medikalisaatio - Koulutusjärjestelmän pirstaleisuus - Koko yhteiskunnan eriarvoisuus - KV-sääntelyn ennakoimattomat vaikutukset

Vahvuudet rakenneratkaisun pohjaksi

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatu on suhteellisen hyvä. Useilla tarkasteltavilla mittareilla, esimerkiksi rokotuskattavuus ja seulontojen toteutuminen tai aivoverenkiertohäiriöiden hoito, pärjäämme kansainvälisesti erinomaisella tavalla.

Infant mortality in EU countries in 2007, per 1000 live births



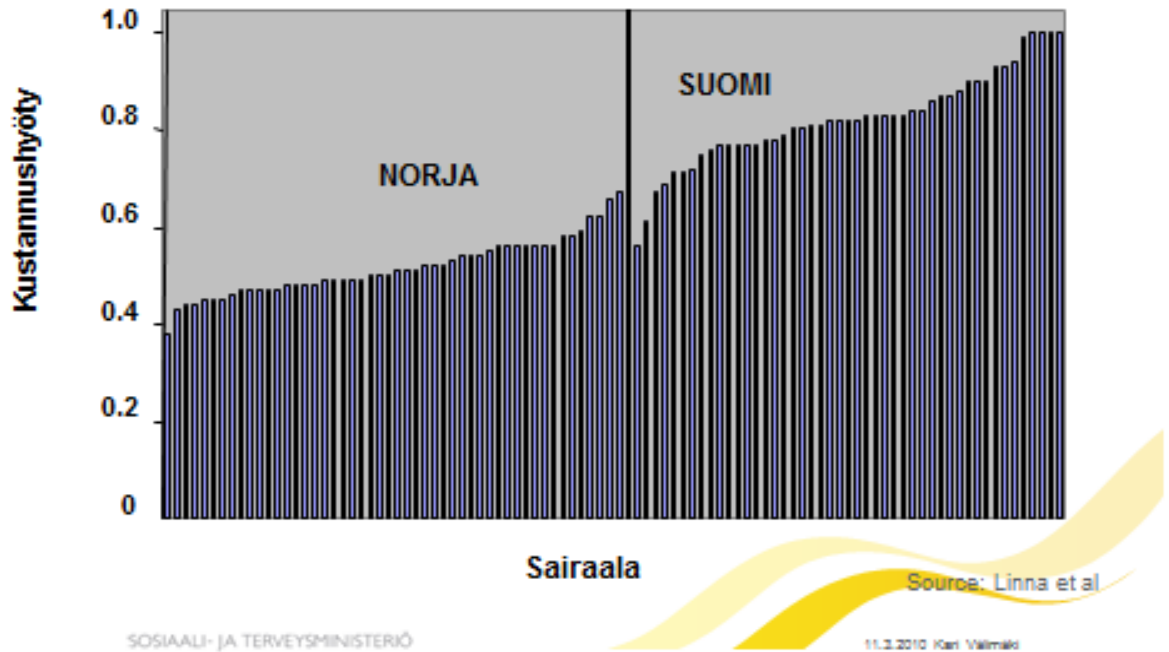
Source: Eurostat

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

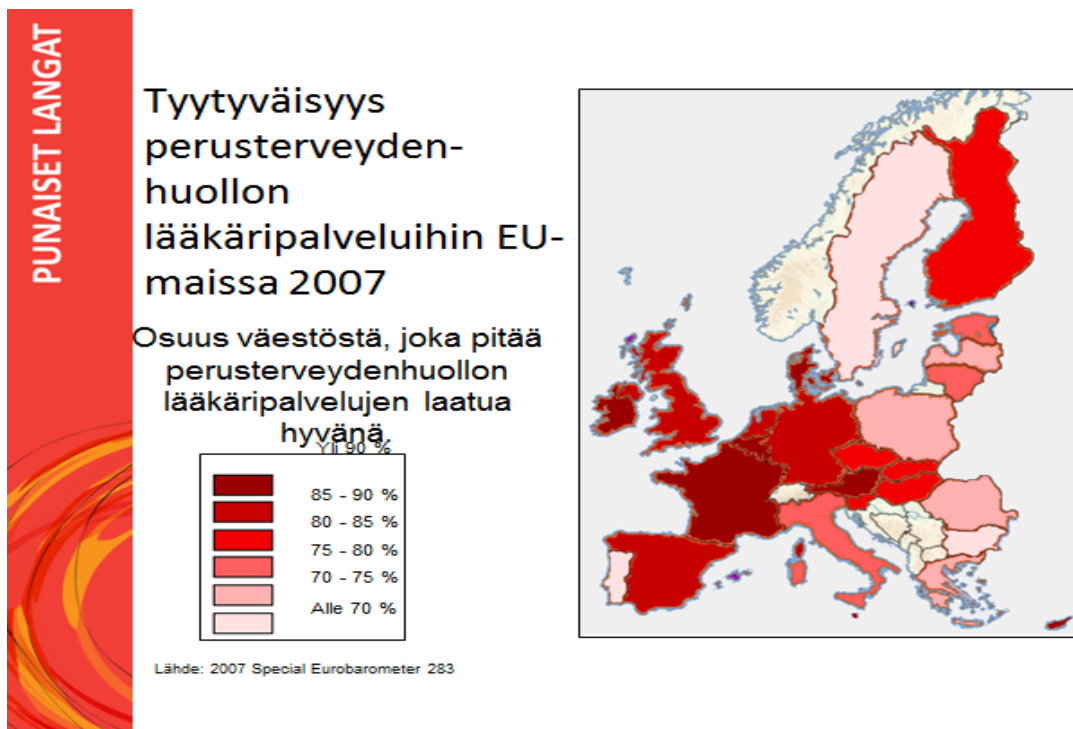
Advisory Staff Unit 09/2010

Järjestelmän kustannukset ovat kansainvälisesti vertailtuna kohtuulliset. Suhteessa bruttokansantuotteeseen sosiaalimenot ovat 25,6 % ja terveydenhuoltoon käytetään 8,3 %, mikä on OECD maiden keskitasoa. Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottavuus on kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa.

Sairaaloiden tuottavuus Norjassa ja Suomessa 1999

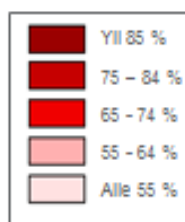


Väestö on sosiaali- ja terveydenhuoltoon melko tyytyväinen. Kansalaisista julkisia palveluja pitää tärkeinä lähes 90 %, sosiaalipalveluja 79 % ja kahden kolmasosan mielestä julkiset sosiaali- ja terveystalvelut toimivat varsin hyvin. (Kansalaisbarometri 2009). Perheneuvoloissa ja työhallinnon ja kuntien työvoiman palvelukeskuksissa asiakkaat arvostavat palveluiden saamista yhdestä toimipisteestä niin, että asiointi oli helppoa. Terveystalvelujen kansainvälisissä vertailuissa sekä perusterveydenhuolto, että sairaalapalvelut ovat pärjänneet hyvin.



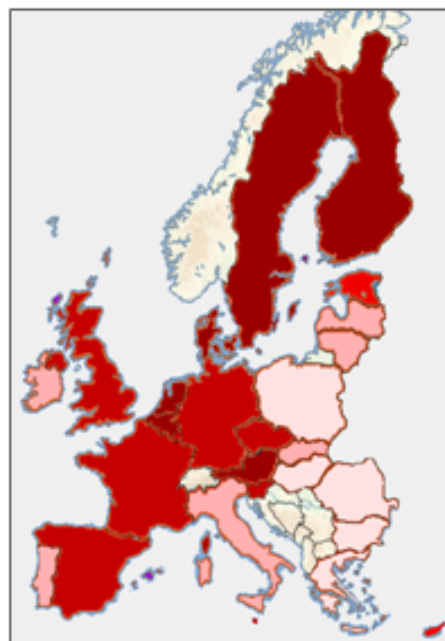
Palvelujen taso: Tyytyväisyys sairaalapalveluihin EU-maissa 2007

Osuus väestöstä, joka pitää
sairaalapalvelujen laatua
hyvänä.



Lähde: 2007 Special Eurobarometer 283

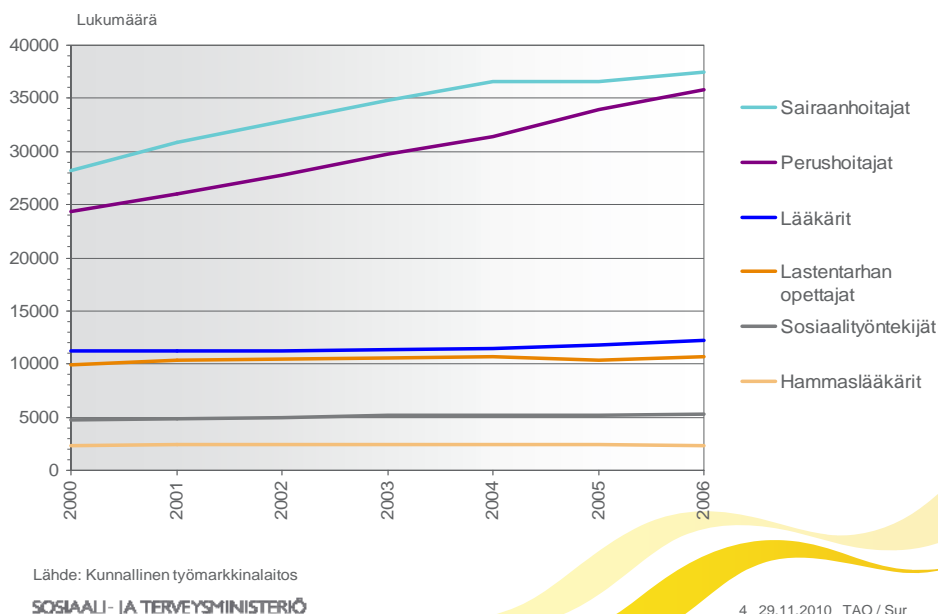
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ



12 10.11.2010 Kari Välimäki

Järjestelmän vahvuuksia on lisäksi korkeasti koulutettu henkilökunta johon voidaan tukeutua kehitettäessä ratkaisuja tulevaisuuden tarpeisiin.

Keskeisten kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien määrä



Näitä vahvuuksia tulee siis järjestelmäratkaisua tehtäessä hyödyntää.

Rakenneratkaisulla korjattavat heikkoudet

Peruspalvelujen tila joillain alueilla on korkeintaan tyydyttävä. Hoitoon pääsy joillain erikoisaloilla sairaanhoidossa sekä joillain alueilla perusterveydenhuollossa, erityisesti suun terveydenhuollossa on heikkoa. Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa erityisesti lääkärin, hammaslääkärin, sosiaalityöntekijän ja erityisterapeuttien tehtäviin, mutta myös hoitohenkilökunnan sijaisuuksiin. Lähtötilaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa ja patologiassa tulee olemaan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä. Toimeentulotuen maksamisessa kunnittain on merkittäviä viivästymisiä. Myös peruspalvelujen riittämätön yhteistyö eri sektoreiden ja tasojen välillä on selkeä heikkous. Lisäksi julkiset palvelut toimivat järjestelmäkeskeisesti ja asiakkaan tai potilaan rooli kokonaisuudessa tarvitsee tukea.

Sosiaalipalvelujärjestelmän yksinkertaistaminen on tarpeen, koska se on niin pirstaleinen, ettei asiakas välttämättä tavoita tarvitsemiaan palveluja. Lisäksi palvelujen oikea-aikaisuutta tulisi kehittää. Asiakkaiden palvelutarpeiden arviointiin olisi tärkeä saada mukaan eri tason organisaatiot, ja hyödyntää organisatorista yhteistyötä. Kansalaisbarometri 2009:n mukaan sosiaalipalveluiden kehittämiskohdiksi nousivat palvelujen riittävyyden pulma sekä tarve saada tietoa, neuvontaa ja ohjausta. Asiakkaat eivät aina tiedä, mistä he tarvitsemaansa palvelua voivat saada. Sosiaalihuollossa eniten tyytymättömyyttä kohdentui palvelujen saatavuuteen, joka kiteytyi henkilöstön tavoittamisen vaikeuksiin. Eniten kielteisiä kokemuksia liittyi kehitysvammahuollon palveluihin.

Sosiaalibarometri 2011:n mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollossa heikosti. Asiakkaat pääsevät osallistumaan omien palvelu- ja hoitosuunnitelmiansa tekemiseen hyvin tai melko hyvin vain 29 %:ssa terveyskeskuksista ja 44 %:ssa sosiaalitoimista. Asiakkaat pääsevät osallistumaan palvelujen kehittämiseen hyvin tai melko hyvin vain 5–7 %:ssa sosiaalitoimista ja terveyskeskuksista. Asiakas-palautejärjestelmissä on myös selviä puutteita noin puolella.

Vuoden 2011 alusta Suomessa 336 kuntaa ovat vastuussa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta väestölleen. Vastuun kantavien väestöjen keskimääräinen koko on 15500 asukasta ja mediaanikunta on kooltaan 6000 asukasta. 1990-luvun alun uudistuksessa toteutettu desentralisaatio, joka yhtäältä sopeutti palvelujärjestelmän paikallisiin oloihin ja kunnan kokonaisuuteen ja selkeytti taloudellisen vastuun kantamista, aiheuttaa toisaalta vakavia ongelmia järjestelmän ohjattavuudelle, palvelujen tasalaatuisuudelle ja kustannusten hallittavuudelle.

Osittaisuudistuksin toteutetun hajanaisen lainsäädännön ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän seurauksena järjestämisvastuu on osittain epäselvä ja osioimointi rahoitusvastuun siirtämiseksi järjestelmän osalta toiselle aiheuttaa palvelujen pirstaloitumista ja kokonaisvastuun hämäryyttä. Esimerkiksi työkyvyttömyyden kustannukset ennen hoitoa ja sen jälkeen kohdentuvat eri taholle kuin hoidon kustannukset. Työterveyshuollon kehittyminen lisää palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta työssä käyvälle väestölle ja lisää näin työssä käyvien ja työelämän ulkopuolella olevien eroja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamista. Pääsääntöisesti puitetyyppiin normiohjaukseen ja korvamerkitsemättömään resurssiohjaukseen sekä näitä täydentävään informaatio-ohjaukseen perustuva kansallisen tason ohjaus ei riittävällä tavalla nykyisen kaltaisessa palvelurakenteessa turvaa yhdenvertaisia palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätösten eriluonteisuus hankaloittaa kokonaisuuden ohjausta erityisesti yhteisten asiakasryhmien palveluissa. Asiakkaan oikeuksiin kohdistuvaa ohjausta on vain vähän ja osassa palveluja se on hyvin kapea-alaista.

Kokonaisvastuun puute aiheuttaa asiakasprosessien toimimattomuutta ja palvelun käyttäjien ohjaamista luukulta toiselle. Tämä heikentää kustannusten hallintaa, aiheuttaa läpinäkyvyyden ja vertailtavuuden ongelmia sekä estää parhaiden käytäntöjen levittämistä. Kustannusten nousun hallintaa vaikeuttaa osioimointi ja organisaatioiden rajapinnoilla tapahtuva tuhlauk. Kuntatasolla kustannusten ennakoitavuuden ongelmia seuraa pienistä rahoittajavastuista ja väestön tarpeiden satunnaisvaihtelusta.

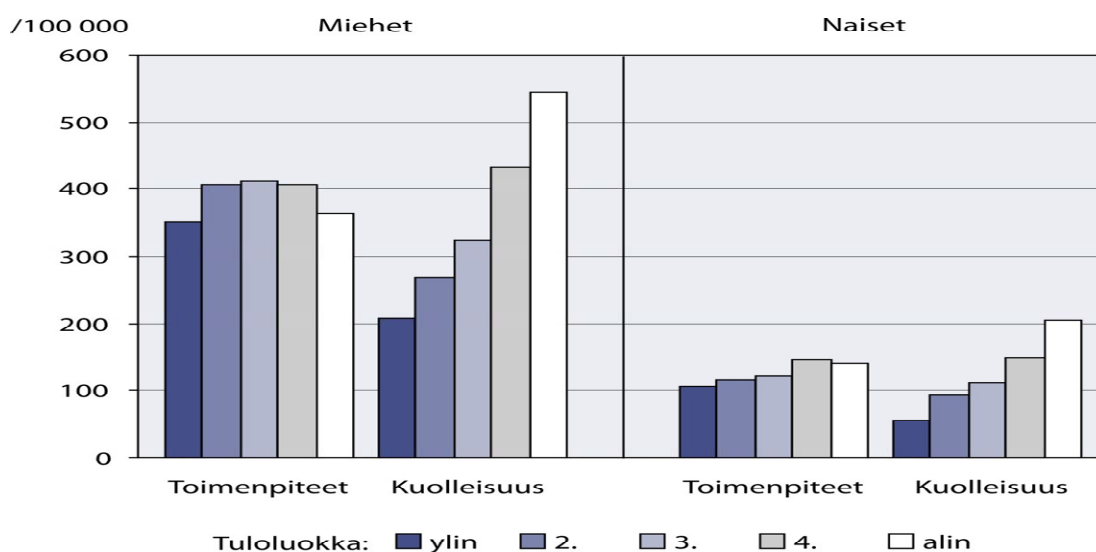
Järjestelmän johtamista varten riittämätön tietoperusta ja olemassa olevan tiedon hyödyntämisen vaikeudet hankaloittavat kokonaisuuden hallintaa. Tiettyä tarkoitusta varten kerätty tieto ei ole muiden järjestelmän kehittäjien käytettävissä, julkaisukanavien käyttökelpoisuus ei tue tiedon leviämistä ja julkaisutavoissa on kehittämistä. Erityisesti tarvitaan tapoja väestön tarpeiden kuvaamiseen sekä toisaalta tietoa palvelujen vaikuttavuuden ja vaihtoehtojen arvioimisesta. Yhtenäisesti kerättyjä yhteisen tulokannan sisältäviä indikaattoreita tarvitaan lisää. Erityisesti sosiaalipalveluista saatava asiakastieto ja dokumentaatio on vähäistä. Myös tiedon hallintajärjestelmät asiakastietojärjestelmistä tiedon jalostuksen järjestelmiin ovat hajanaisia eivätkä ne kommunikoi keskenään.

Pirstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja heikkoine ohjausmahdollisuuksineen on johtanut vahvempien ja paremmin edellytyksin toimivien palvelujärjestelmän osien kehittämiseen muita voimakkaammin. Tämä on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveyspalvelujen käytössä ovat lisääntyneet ja terveys-erot ovat kasvaneet. Samaa kehitystä tukevat vielä alueelliset ongelmat maan eri

osissa. Tilanteeseen on kiinnitetty huomiota useissa kansainvälisissä arvioissa. Terveysterojen kasvusta seuraa väestön hyvinvoinnin eriarvoistumista ja tuloerojen kasvua. Sosiaalihuollon palveluille kehittyy suurinta tarvetta sellaisille maantieteellisille ja toiminnan alueille, joille asiantuntijoiden saaminen on hankalaa. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden saatavuus vaihtelee alueittain.

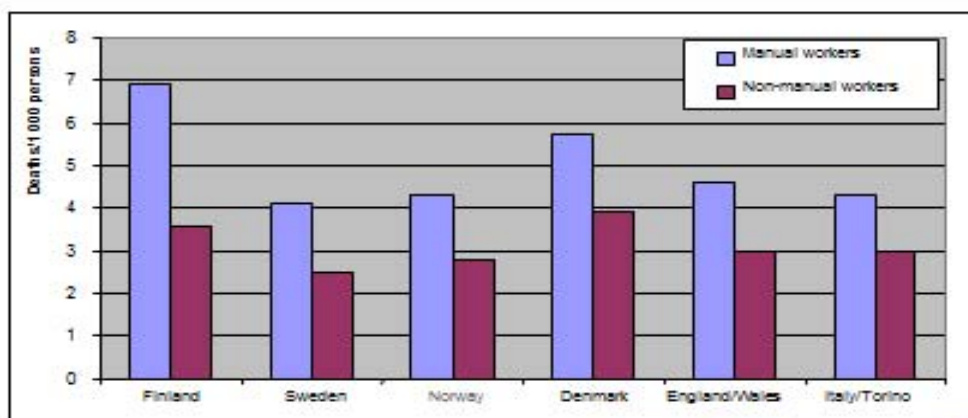
Sepelvaltimotoimenpiteet (pallolaajennus tai ohitusleikkaus) ja -kuolleisuus tulojen mukaan 25–84 -vuotiailla 100 000 asukasta kohti vuonna 2003

(Manderbacka ym. 2007)



Terveyserot kansainvälisissä vertailuissa

Ikä-vakioitu kuolleisuus (1000 henkeä kohti) 30–59 vuotiailla miehillä sosioekonomisen aseman mukaan 991–95

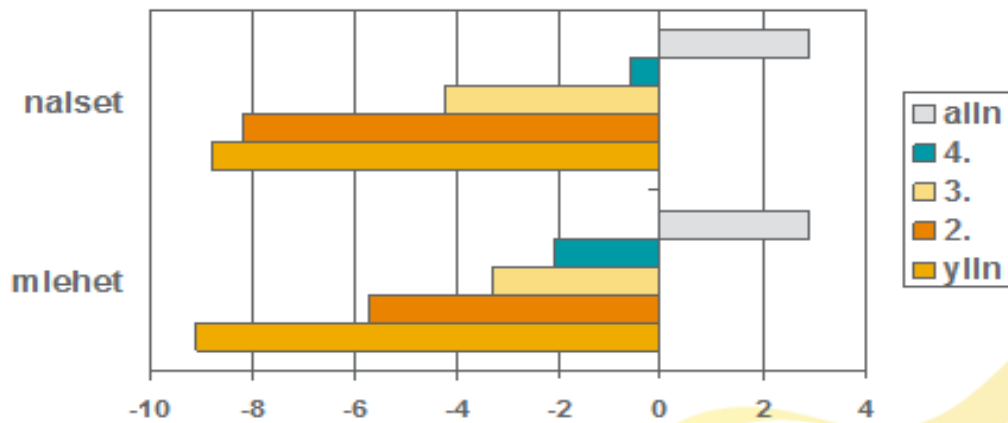


Source: Mackenbach J, et al., Int J Epidemiol 2003; 32:830-837

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIO

11.3.2010 Kim Väänänen

Perusterveydenhuollon estettävissä olevan kuolleisuuden keskimääräinen vuotuinen muutos (%) tuloluokittain 1993-2004



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Lähde: Keskimäki ym. 2007 (ennakkotieto)

11.3.2010 Kari Välimäki

19

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisrakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutostusta sääntelevä puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Sosiaalihuollon keskeisten palvelujen järjestäminen on ollut perinteisesti yksittäisten kuntien vastuulla. Kuntien välinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä on ollut vähäistä ja yhteistyörakenteet esimerkiksi erityispalvelujen järjestämisessä kapea-alaisia. Puitelain muutoksella (268/2010) selkiytettiin sosiaalihuollon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavelvoitteet täyttävillä rakenteilla. Velvoite vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteutumista.

Terveydenhuollossa puolestaan ongelmaksi on pikemminkin nähty erikoissairaanhoidon liiallinen vahvuus ja kestoteemana on ollut perustason vahvistaminen. Nykymalli on mahdollistanut hyvin erilaiset alueelliset ratkaisut ja yhteistyöasetelmat erityisesti terveydenhuollossa. Vahvat alueelliset toimijat ovat kehittäneet uusia yhteistyömalleja lähinnä omista intresseistään lähtien. Lisäksi kunnilla on ollut käytettävissään etupäässä oman sairaanhoitopiirin palvelutarjonta, mikä myös on estänyt halua uudistaa palvelurakenteita. Puitelaki on osaltaan tukenut myös uusien varsin keinoteokoisten ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihuolto on usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelaila luotavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaisissa olevien poikkeusperusteiden myötä uudistuksen ulkopuolelle osan sellaisista kunnista, joilla on vaikeuksia turvata sosiaali- ja terveystalouden kunnallaisilleen.

Mahdollisuudet hyödynnettäviksi

Tärkein hyödynnettävä mahdollisuus tulevaisuuden palvelutarpeiden vähentämiseksi on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä ja sairauksien sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä. Näissä onnistuminen ei kuitenkaan ole vain palvelujärjestelmän asia vaan vaatii asian merkityksen ymmärtämistä ja oivaltamista koko yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Demokraattisen päätöksenteon rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä päätettäessä on ratkaisu, joka ohjaa merkittävästi hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuudesta päättämistä. Silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollosta päätetään eri tasolla kuin väestön lähiympäristöön vaikuttavista asioista, erkanevat palvelut hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuudesta. Demokraattisen päätöksenteon vahva sitominen palvelujärjestelmän ohjaamiseen tukee myös edelleen julkisen vallan vastuuta koko väestön palvelujen turvaamisesta. Ratkaistaessa tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, on tärkeää tehdä päätös niin, että sillä tuetaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksia.

Asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen palvelujensa ratkaisuihin on tärkeää järjestelmän hyväksyttävyyden ja toimivuuden kannalta. Järjestelmäkeskeisestä palvelukulttuurista tulee siirtyä aidosti asiakkaan voimavaroja hyödyntävään järjestelmään asiakkaiden valinnoilla ohjaavaan yhteistyöhön. Asiakkaan omiin hoitoratkaisuihinsa osallistuminen on palvelujen hyväksyttävyyden ja tulevaisuuden vaikuttavien palvelujen kehittämisen mahdollisuus. Oman vastuun ymmärtäminen omien terveysvalintojen tekijänä vähentää palvelutarvetta kun omaan hoitoon pystyy itse aktiivisena toimijana osallistumaan. Tietotekniikan kehittyminen mahdollistaa monien itseenäiseen päätöksentekoon perustuvien hoitolinjojen samoin kuin kotiin annettavien hoitojen kehittämisen. Hoitomenetelmien kehittyminen tuo uusia sairauksia hoitomahdollisuuksien piiriin. Samalla osaamisen kaventuminen ja syveneminen vaatii palvelujärjestelmältä keskittämistä, joka johtaa avohoitopainotteisempaan palvelujärjestelmään.

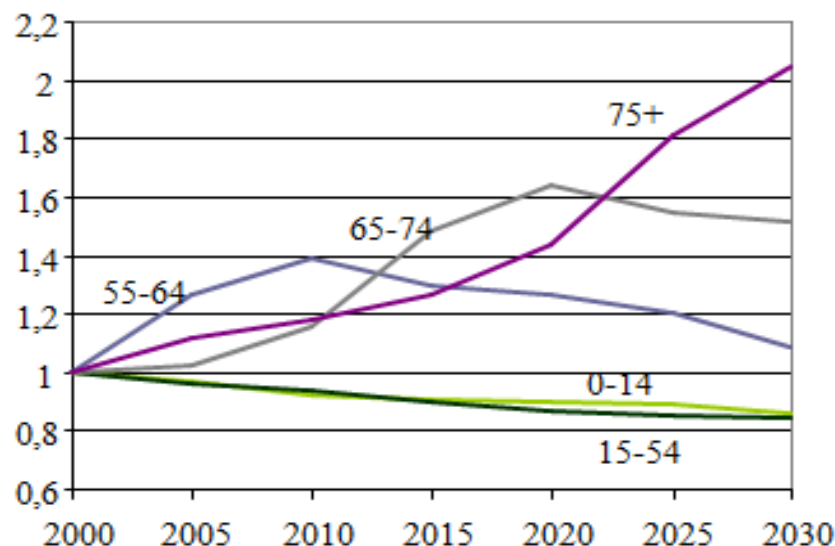
Sosiaalihuollossa on perinteisesti toimittu terveydenhuoltoa avohuoltokeskeisemmin ja matalammilla organisaatioilla. Tosin myös avohuollossa voidaan toimia järjestelmäkeskeisesti, vaikka se ei olekaan niin helppoa ihmisten kotona kuin laitoksissa. Viime vuosina palveluita on pyritty kehittämään sekä ihmisen omat voimavarat että hänen lähiyhteisönsä huomioiviksi. Muun muassa vanhusten asumispalveluissa tavoitellaan laitoshoidon nopeaa purkamista kodinomaisissa olosuhteissa tapahtuvaksi. Vammaistyössä uuden ajattelun lähtökohtia ovat yhteistoiminnallinen palveluiden kehittäminen, aktiivinen tuki ja henkilökohtainen budjetointi. Päivähoidossa kehittämistyö lähtee kasvatuskumppanuus – ajattelun pohjalta. Sosiaalityön uusissa toimintamalleissa myös asiakkaat toimivat palveluiden kehittäjinä. Vähitellen myös sosiaalialan ammattilaiset ovat oivaltaneet vertaistuen merkityksen kaikessa sosiaalisessa kuntoutumisessa ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Uhat taklattaviksi

Ikärakenteen ja huoltosuhteen nopea muutos aiheuttaa paitsi kustannusten hallinnan ongelman, myös palvelujen toteuttajien tarpeen voimakkaan lisääntymisen. Palvelutarpeen kasvun ja työntekijöiden eläköitymisen myötä tarvitaan alalle runsaasti uusia koulutettavia. Maan sisäinen muuttoliike voimistaa alueellisesti väestön muutosta ja aiheuttaa jopa äkillisiä muutoksia huoltosuhteessa ja palvelujen järjestämisessä. Vaikka väestön odotettavissa olevan eliniän pidentyessä eläkeikäisten määrä kasvaa voimakkaasti, on väestö aiempaa pidempään tervettä ja toimintakykyistä. Viimeisten

elinvuosien palvelutarve ei kuitenkaan yksilötasolla näytä vähenevän, mistä johtuen palvelutarve kokonaisuutena kasvaa voimakkaasti.

Tulevaisuus: Ikäryhmien koon muutos nykyiseen verrattuna vuoteen 2030 mennessä (vuosi 2000 = 1)



Lähde: Tilastokeskus, PTT

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

16 10.11.2010 /Kari Välimäki

Ihmisten käyttäytyminen, odotukset ja vaatimukset palvelujärjestelmälleen ovat muuttuneet ja muuttumassa voimakkaasti. Lähiaikoina eläkkeelle siirtyvät ovat tottuneet nykyisen työterveyshuollon tehokkaasti kysyntään vastaavaan käyttäjän kannalta ilmaiseen palveluun ja osaavat vaatia samaa muultakin julkiselta terveydenhuollolta.

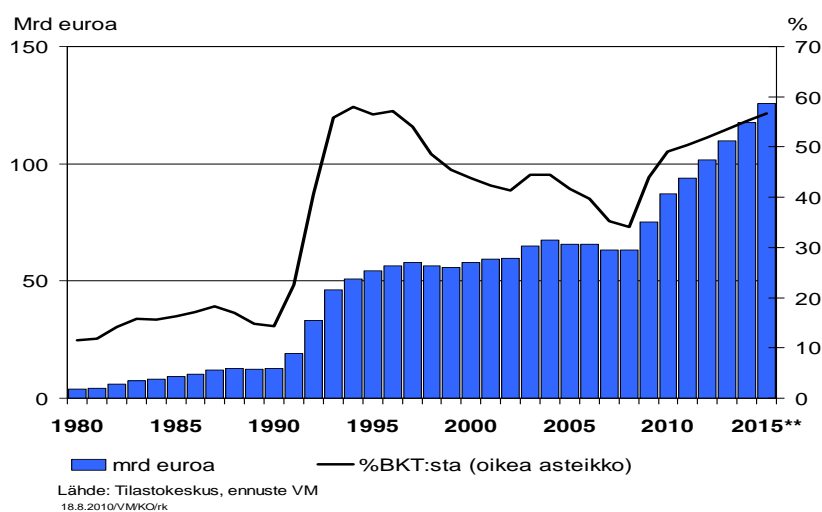
Talouden kehitys ja kansallinen riippuvuus globaaleista tapahtumista luovat reuna-ehtoja, joiden kanssa on tultava toimeen. Taloudellisissa kriisitilanteissa tarvitaan kykyä oikeudenmukaiseen päätöksentekoon kun voimavaroja joudutaan priorisoidaan. Mitä pienempiä palveluista vastaavat yksiköt ovat, sitä herkempiä ne ovat yksipuolisemmasta talouden rakenteesta johtuville talouden heilahteluille. Kansainvälistä sopimuksista ja päätöksenteosta voi seurata kansalliseen järjestelmään muutoksia, jotka eivät tue omaa järjestelmäämme. Erityisesti EU päätöksenteosta voi seurata esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden asiakkaille osallistuvan asiakkaan roolin muutoksia kuluttaja-asiakkaan roolin suuntaan.

Kuntien taloutta on koko 2000-luvun leimannut tulo- ja menokehityksen suhdanteita myötäilevä yhteys sekä toisaalta kokonaistuottavuuden heikko kehitys, jonka käänköpuolena kuntien menojen kasvu on ollut muuta kansantaloutta nopeampaa. Kuntatalouden tila on pysynyt kroonisesti kireänä, nimellinen kunnallisveroaste on kohonnut vuosittain ja kuntien lainakanta on viimeisen 10 vuoden aikana 2,5-kertaistunut.

Kuntien taloustilanne voidaan arvioida nykytilanteesta kohtuulliseksi, vaikka kuntien välillä on merkittäviä eroja taloudellisessa liikkumavarassa. Parantunut tilanne johtuu sekä valtion (yhteisövero- osuuden nosto, kela- maksun poisto, kiinteistöveroprosenttien rajojen nosto) että kuntien toimenpiteistä (toimintamenojen kasvun rajoittaminen, kunnallis- ja kiinteistöveroprosenttien nosto).



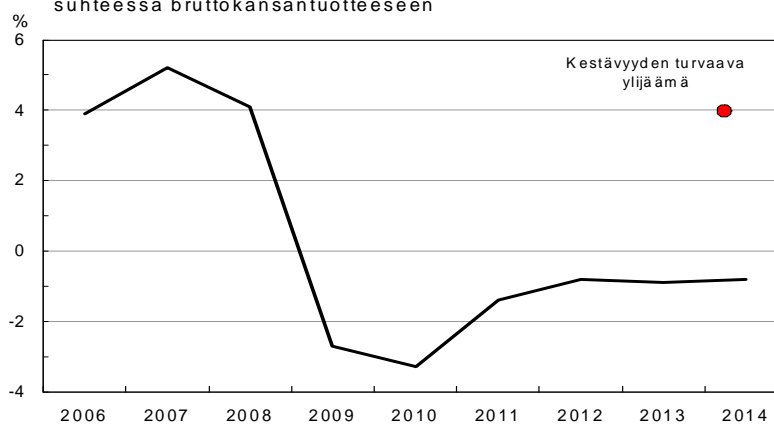
Julkinen velka



Arvio kestävyysvajeesta



Julkisyhteisöjen nettoluotonanto suhteessa bruttokansantuotteeseen



Lähde: TK, VM
6.9.2010/VMK/irk 23422

Jatkossa väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa julkisen talouden rahoitukselle mittavia haasteita. Valtionvarainministeriössä 2010 laaditun 'Julkinen talous tienhaarassa' -raportin mukaan ikäsidonnaisten julkisten menojen BKT-osuus kohoaa 2030-luvun puoliväliin mennessä 6 prosenttiyksiköllä, jos palvelutarpeen kasvu toteutuu arvioitun mukaisena. Samalla julkisen talouden verotulojen kasvunäkymät heikkenevät,

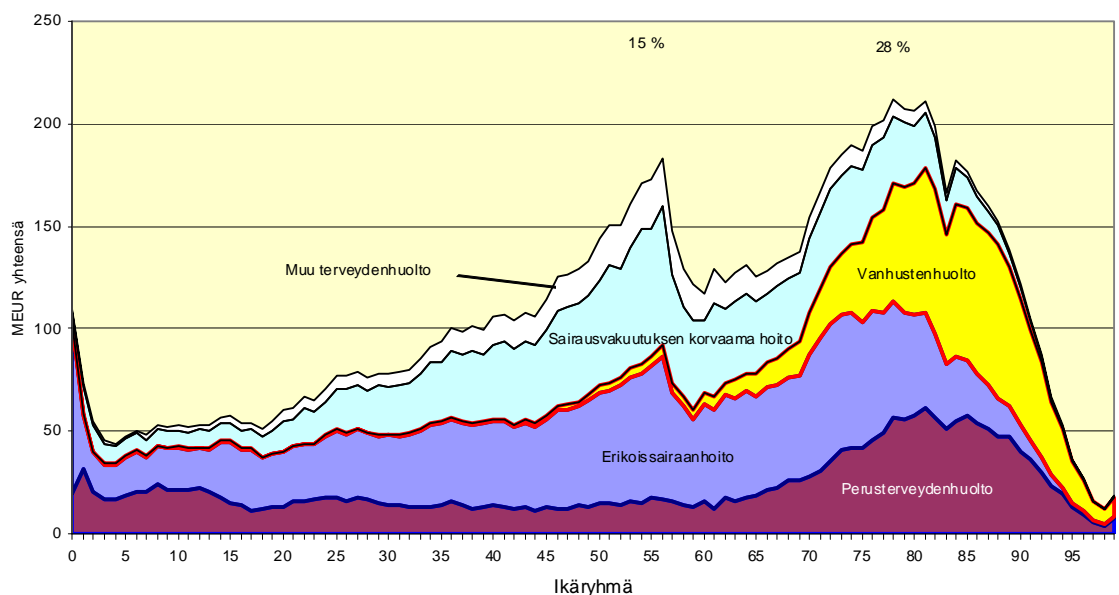
kun työvoiman vähetessä talouskasvu on yksinomaan kansantalouden tuottavuuskasvun varassa.

Valtiovarainministeriön mukaan julkisen talouden kestävyysvaje on viisi prosenttia BKT:sta. Tästä seuraa, että tulopohjaa on vahvistettava ja menojen tasoa ja rakennetta on arvioitava kriittisesti tulevaisuuden tarpeet huomioiden. Työvoiman käyttöastetta on kohotettava ja tuotannon kasvuedellytyksiä parannettava.

Sopeutustarve ja sopeutuksen mitoitus on viisi prosenttia bruttokansantuotteesta, mikä vastaa noin 10 miljardia euroa. Sopeuttamisen ajoitus on tärkeä ja päätösten riipeys ja etupainotteisuus korostuvat. Tuoreessa raportissa esitetään, että vuoteen 2015 mennessä välittömästi tasapainoa parantavia toimia tarvitaan kolme prosenttia bruttokansantuotteesta ja päätöksiä rakenteiden kautta vaikuttavista kaksi prosenttia bruttokansantuotteesta. Rakenteiden muutos sopeuttaa vajetta hitaammin.

Kuntien verotuottojen kasvu oli vuosina 2005–2008 vielä lähes seitsemän prosenttia. Vastaavasti kasvun 2011–2015 tulisi olla noin kolme prosenttia. Kuntien verotuottojen kasvu ei palaa aikaisempien vuosien kasvu-uralle. Kuntatalouden näkymät ovat olleet ennustettua paremmat, mutta jatkosta selviäminen edellyttää pysyvää menokuria, tuottavuuden nostoa ja kunta- ja palvelurakenneuudistuksen rohkeampaa jatkamista.

Terveystenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2002



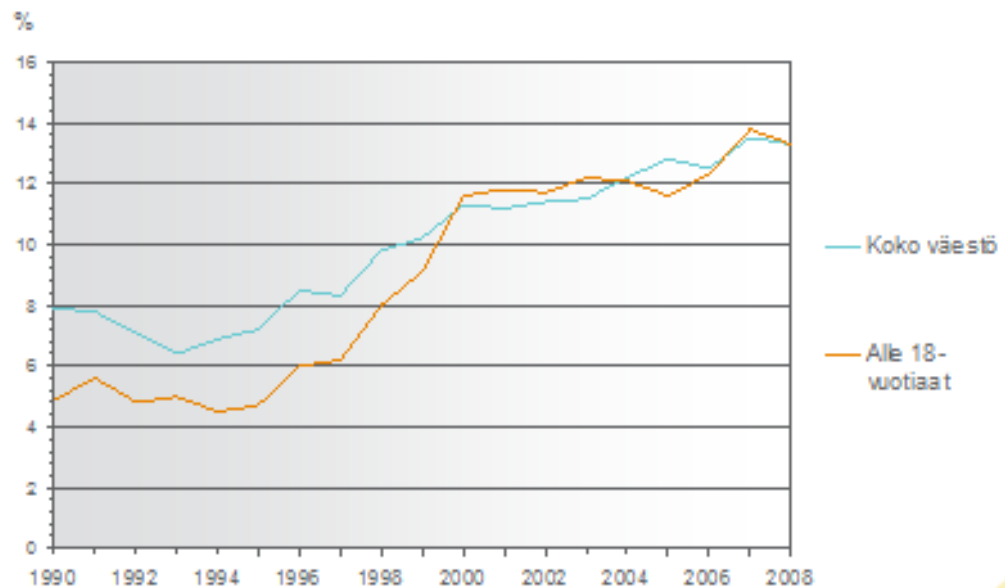
© Stakes / CHES

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Koko yhteiskunnassa hyvinvoinnin erot ja eriarvoisuus ovat lisääntyneet. Suomessa on tuloilla mitattuna 700 000 ihmistä köyhyysrajan alapuolella ja etenkin lapsi-köyhyys on lisääntynyt. Viimesijaisen toimeentulotuen varassa pitkäaikaisesti elävien kotitalouksien määrä on pysynyt korkealla. Köyhyys ja syrjäytyminen eivät ole vain tulojen puutetta ja aineellista niukkuutta, vaan siihen kietoutuu monella tavalla usein

työttömyys, erilaiset sosiaaliset ongelmat, elämänhallinnan vaikeudet sekä terveysongelmat. Syrjäytymistä luonnehtii myös ylisukupolvisuus. Erityisesti nuorten syrjäytyminen ja jääminen ilman perus- ja ammatillista koulutusta on suuri haaste suomalaiselle yhteiskunnalle. Tutkimusten mukaan monenlaista apua ja tukea tarvitsevilla ihmisillä on vaikeuksia saada tarvitsemaansa palvelua ja apua. Samoin palvelujärjestelmä pystyy riittämättömästi tukemaan monenlaista apua tarvitsevia ihmisiä räätälöidyin tukimuodoin ja palveluin.

Köyhyysaste, pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus, %



Lähde: Tilastokeskus

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

12 25.11.2010 HSO / Sur

Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimasta kilpaileva sektori, eikä tämä kilpailukyky säily itsestään. Työelämää tulee pystyä kehittämään ja alueellisesti tulee pystyä aiempaa paremmin arvioimaan henkilöstön koulutuksen tarve. Toisaalta pitää pystyä ennakoidaan uusia koulutuksen tarpeita ja kouluttamaan työelämään sellaisia työntekijöitä, jotka pystyvät moniammatilliseen työskentelyyn ja kehittämään erityisesti ikääntyneen väestön uusia hoitotapoja.

Ongelmatilanteissa tuen tarvetta ei aina voi hahmottaa palvelutarpeena. Palvelujen kysyntä kohdistuu tunnettuihin peruspalveluihin, tavallisimmin lääkärin vastaanottoihin, joiden mahdollisuudet auttaa eivät aina ole riittävät. Lisäksi tukiratkaisuja haetaan sairaanhoidon keinoista ja tarjotaan lääkitystä tai hoitotoimenpiteitä ongelmiin, joita ne eivät ratkaise. Työterveyshuollossa näkyy voimakkaasti ikääntyvän työväestön osalta lisääntyvä työterveyspalvelujen käyttö vaikka oleellisempi tuki olisi työolosuhteiden kehittäminen. Lasten ja perheiden ongelmissa ratkaisua haetaan usein lapsen kehityksellisin, erikoissairaanhoitoon kuuluvien tutkimuksien ja tukitoimien, vaikka kyseessä olisi lähiympäristön tunnistama perheen sosiaalisen ja kasvatuksellisen tuen tarve. Medikalisaatio on sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uhka.

Palvelujärjestelmä ja asiakkaan tarve eivät aina kohtaa niin että työntekijällä olisi keinoja vastata palvelutarpeeseen. Hälyttävänä voisi pitää sitä, että usean palvelun kohdalla toivottiin enemmän tukea itse palvelun käyttöön. Ohjausosaaminen, asiakasta koskevan tiedon välittäminen sekä tieto asiakasta koskevan asian käsittelyssä nousevat keskeisiksi kehittämiskohteiksi, kuten myös työvoiman palvelukeskuksen asiakasfoorumeissa.

Kansallisesti yhteisen vision puute kunta ja palvelurakenteen kehittämisestä voi johtaa jopa sosiaali- ja terveydenhuollon rapautumiseen. Mikäli yhteistä näkemystä tulevaisuuden ratkaisusta ei pystytä löytämään ja ratkaisuja sen mukaan tekemään, johtaa se kilpailutilanteen kautta osaoptimointeihin, joissa menestyvimmät järjestelmän osat asiakkaineen pärjäävät ja eriyttävät järjestelmästä osia jopa kokonaan irralleen. Tällöin myös yhteisen koko väestön palvelujärjestelmän ylläpitäminen voi tulla kyseenalaiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen arviointia

Sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt sekä Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus. Lisäksi Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta myönnetään avustuksia yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen sekä Valtiokonttorin kautta muun muassa rintamaveteraanien kuntoutukseen. Tällaisesta monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on palvelujen käyttäjille monia hyötyjä. Sen kautta palvelujärjestelmään saadaan käyttötarkoitukseen sidottua rahoitusta, ja järjestelmä tarjoaa valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille. Se lisää yksityistä palvelujen tarjontaa sekä tarjoaa julkisella sektorilla työskenteleville lääkäreille ja muille ammattihenkilöille mahdollisuuden lisäansioihin. Lisäksi työssäkäyvät saavat joustavasti ja maksutta työterveyshuollon palveluja.

Monikanavainen sosiaali- ja terveystoimen rahoitus on kansainvälisesti poikkeuksellista ja siihen liittyy myös ongelmia. Koska kunkin rahoittajan päätöksenteko on itsenäistä ja riippumatonta muiden rahoittajien päätöksistä, huomio kiinnittyy usein rahoittajan intressipiiriin kuuluviin palveluihin sekä mahdollisuuksiin siirtää hoito- ja rahoitusvastuuta toisille rahoittajille kokonaisuuden jäädessä toissijaiseksi. Rahoitusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on siten hajautunut koko maan tasolla, alueellisesti ja paikallisesti.

Nykytuotoinen rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa lähinnä työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia erityisesti tutkimus- ja hoitopalveluissa, vaikeuttaa välillisesti palveluista päävastuussa olevan kuntasektorin työvoiman saatavuutta, hidastaa sosiaali- ja terveystoimen keskeisten tavoitteiden toteutumista sekä heikentää palvelu- ja rahoitusjärjestelmän läpinäkyvyyttä, hallintaa, ohjattavuutta ja tehokkuutta. Nykyinen rahoitusmalli ei myöskään edistä kilpailuttamisen hyödyntämistä.

Palvelujärjestelmään erilaisia reittejä pitkin kulkevat rahavirrat ovat asukasta kohti laskettuna valtakunnallisesti ja eri puolilla maata erisuuruisia eivätkä kokonaisuutena kohdennu väestön palvelujen tarpeen mukaan. Tämä vaikuttaa sekä julkisten että yksityisten palvelujen alueelliseen tarjontaan, palvelujen saatavuuteen ja väestön yhdenvertaisuuteen. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän katsotaan ylläpitävän alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.

Useista lähteistä koostuva rahoitus synnyttää usein katkoksia asiakkaan palveluketjuihin. Lisäksi asiakkaan on vaikea varautua ja hahmottaa etukäteen omaa mak-suosuuttaan rahoitusjärjestelmän monimuotoisuuden takia.

Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa erityisesti terveydenhuollossa kansainvälisesti poikkeuksellisen suuri. Se johtuu lähinnä lääkkeiden ja hammashoidon suu-rista omavastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien terveydenhuoltoon kohdistuvasta rahoitusvastuusta. Kunnallisen terveydenhuollon ja sairausva-kuutuksen maksukattojen tarkoitus on estää maksurasituksen muodostumista kenelle-kään kohtuuttomaksi. Palkansaajat maksavat jo hyvin pienistä tuloistaan sairaanhoi-tomaksua, joka käytetään korvaamaan yksityistä terveydenhuoltoa ja kuntoutusta, jota pienituloiset eivät juuri käytä. Tämä sekä terveydenhuollon rahoituksessa tapahtunut välillisten verojen laskennallisen osuuden kasvu ja kansainvälisesti korkea kotitalouk-sien rahoitusosuus ovat johtaneet siihen, että terveydenhuollon kokonaisrahoitus on muuttunut lievästi regressiiviseksi eli suurituloisia suosivaksi. Lisäksi monikanavai-nen rahoitus on osaltaan edistänyt lääkäripalvelujen käytön painottumista hyvätuloi-sempaan ja terveempään väestönosaan. Palvelujärjestelmän eriarvoisuus vaikuttaa osaltaan väestön terveyden eriarvoisuuteen.

Sosiaalihuollon asiakasmaksujen kansainvälistä vertailua vaikeuttaa se, että palve-lujärjestelmät ja palvelut vaihtelevat maittain eikä kattavaa vertailukelpoista tietoa ole saatavilla. Kansallisesti asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta vaihtelee eri palveluissa. Vanhuspalveluissa asiakasmaksujen osuus on lähes viidesosa. Asiakkaan maksuosuutta arvioitaessa on otettava huomioon esimerkiksi se, että laitoshoidossa asumisen osuus peritään osana asiakasmaksua, kun taas avohoidossa ympärivuoro-kautinen asumispalvelu mukaan lukien maksetaan vuokraa. Toisaalta avohoidon asi-akkaat saavat Kelalta mm. asumistukea.

Palvelujen rahoittaminen on tarkoituksenmukaista nähdä kaksivaiheisena prosessi-na: (1) kerätään rahat väestöltä ja muilta rahoittajilta ja (2) saatu rahoitus kohdenne-taan palvelujen saamiseksi.

Rahoituksen keräämiseen tulisi olla selkeät periaatteet ja linjaukset muun muassa seuraavien asioiden osalta:

- kerätäänkö rahoitus kuntien tai valtion veroina, vakuutusmaksuina, asiakas-maksuina, omavastuina
- kerätäänkö yhteen vai useampaan rahasäkkiin
- keiltä kerätään ja paljonko kerätään

Vastaava periaatteiden ja linjausten tarve koskee saadun rahoitustulon kohdentamista. Vastauksia tarvitaan muun muassa seuraaviin asioihin:

- jaetaanko rahat tai osa niistä palvelut järjestävälle toimijalle käyttötarkoitussi-donnaisena; jos saatua rahoitustuloa kohdennetaan käyttötarkoitussidonnaisesti palveluihin, saavutetaan periaatteessa suurempi läpinäkyvyys siinä mielessä, että rahoituksella on yhteys tuottamiseen, mutta samalla saatetaan vaikeuttaa kustannustehokkaiden palvelujen järjestämistä
- tasataanko järjestämistä vastuissa olevien taloudellisia riskejä tasausratkaisujen avulla
- millä perusteilla palvelut järjestävä toimija kohdentaa rahaa palvelujen tuotta-jille; esimerkiksi ei ole yhdentekevää, maksaako järjestävä toimija laskutuksen perusteella kontrolloimatta tuotosta vai seuraako se tiukasti, että rahoille saa-daan vastinetta hyvin toimivina ja laadukkaina palveluina

EU:n parlamentin toimeksiannosta laaditussa terveydenhuollon rahoitusta koskevassa Financing Health Care in the European Union -raportissa yhteenvedona todetaan, että mitä suurempi on rahoittajan väestöpohja ja mitä vähemmän niitä on, sitä paremmat mahdollisuudet rahoitusjärjestelmällä on turvata rahoituksen kestävyys, yhdenvertainen terveyspalvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus.

4 REUNAEHDOT UUDISTAMISELLE

4.1 IHMIS- JA PERUSOIKEUDET

Perustuslaissa ja kansainvälisissä sopimuksissa yksilöille turvatut perus- ja ihmisoikeudet asettavat keskeisiä reunaehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamiselle. Kyse on jokaiselle kuuluvista, universaaleista, perustavanlaatuisista ja luovuttamattomista oikeuksista. Perusoikeuksista on säädetty perustuslain perusoikeuksia koskevassa 2 luvussa. Ihmisoikeudet puolestaan perustuvat Suomea sitoviin ja valtiosisäisesti voimaan saatettuihin ihmisoikeussopimuksiin. Tärkeimpiä näistä ovat vapausoikeuspainotteiset Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 7-8/1976) ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehty yleissopimus eli Euroopan ihmisoikeussopimus (SopS 18-19/1990) sekä taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia painottavat YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976) ja Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78/2002).

Perustuslain perusoikeusluvulla on läheinen kytkeä edellä esitettyihin Suomea velvoittaviin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ihmisoikeudet ovat vaikuttaneet kansalliseen lainsäädäntöömme, erityisesti perusoikeuksien ulottuvuutta ja sitovuutta koskeviin perusratkaisuihin, yksittäisten perusoikeussäännösten muotoiluun ja käsitteisiin sekä perusoikeuksien aineellisen alan määrittämiseen.² Sisällöllisesti kysymys on pitkälti samoista oikeuksista, mutta perusoikeusjärjestelmä menee osin pidemmälle ja antaa yksilön oikeuksille eräissä suhteissa tehokkaampaa suojaa korostaen oikeuskulttuurimme erityispiirteitä.

Perusoikeusjärjestelmällä ja kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla on kuitenkin sisällöllisestä ja osin suoraan säännöksiin kirjoitetuista liittynöistä riippumatta tietty itsenäisyys toisiinsa nähden. Yksittäisen perusoikeussäännöksen ja vastaavan ihmisoikeussopimuksen määräyksen tulkinnat eivät välttämättä ole samat huolimatta mahdollisista sanamuotojen yhtäläisyyksistä. Toisaalta perusoikeuksia ei ole mahdollistaa rajoittaa pidemmälle kuin Suomen ihmisoikeusvelvoitteet sallivat. Täten ihmisoikeussopimukset määrittävät lopulta myös kansainvälisesti perusoikeuksille tavoitellun tason.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta tietyt perusoikeudet asettavat muita oikeuksia keskeisempään asemaan.

Perustuslain 6 § sisältää vaatimuksen *oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta*. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Yhdenvertaisuusperiaatteen sisältyy mielivallan kielto ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyt-

² Jyräki 2000, s.279–280; Hallberg 1999, s.37; Viljanen 1996, s.788–791; HE 309/1993 vp.

tää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksiperän ja suhteellisuuseriaa-teen rajoissa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitaviksi niin riittävien palveluiden turvaamisen, palvelujen alueellisten erojen kuin palvelujen hinnoittelunkin kannalta.

Perustuslain 7 § turvaa jokaisen oikeuden elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Säännös turvaa kyseisiä oikeushyviä julkisen vallan itse toimeenpanemilta loukkauksilta, mutta edellyttää myös valtiolta säädössuojaa oikeuksien turvaamiseksi ulkopuolisia loukkauksia vastaan. Oikeus elämään on perusoikeuksista tärkein. Se on kaikkien muiden oikeuksien nauttimisen edellytys. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen kannalta tarkasteltuna on huomattava, että yksilön oikeus elämään kattaa myös esimerkiksi velvollisuuden lapsikuolleisuuden vähentämiseen, tartuntatautien vastustamiseen ja eliniänodotteen pidentämiseen.

Yksityiselämän suoja, josta säädetään perustuslain 10 §:ssä, turvaa jokaisen yksityiselämän, kunnian ja kotirauhan sekä luottamuksellisen viestin salaisuuden. Yksityiselämän suojan lähtökohtana on *yksilön oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheutonta puuttumista* hänen yksityiselämäänsä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta esimerkiksi palvelurakenteet vaikuttavat yksityiselämän suojan toteutumiseen. Tämä asettaa vaatimuksia palveluiden sisällöllisille ratkaisuille, mutta myös mm. toimitiloille asetettaville edellytyksille ja valvonnalle.

Perustuslain 14 §:ssä säädetään vaali- ja osallistumisoikeuksista. Oikeuden piiriin kuuluu myös julkisen vallan velvollisuus edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.

Perustuslain 15 § suojaa jokaisen omaisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta ratkaistaessa ja asiakkaiden/kotitalouksien maksuosuuksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, etteivät palveluista perittävät maksut saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin (PeVL 39/1996 vp - HE 208/1996 vp ja PeVL 8/1999 vp - HE 77/1999 vp).

Perustuslain 17 §:ssä säädetään oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Säännöksen mukaan jokaisella on oikeus käyttää viranomaisessa asiassaan suomea tai ruotsia (omaa kieltään). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestettäessä tulee huomioida ruotsinkielisten maantieteellinen levittäytyneisyys ja sen asettamat erityisvaatimukset sille, että suomen- ja ruotsinkielisten kielelliset oikeudet toteutuvat yhdenvertaisesti koko maassa. Perustuslain 17 § sisältää lisäksi valtuutukset säätää lailla saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa (saamen kielilaki, 1086/2003) sekä viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeuksien laintasoisesta turvaamisesta (laki vammaisten henkilöiden tulkkauksipalvelusta, 133/2010).

Myös hallinnon järjestämistä ja itsehallintoa koskevassa perustuslain 11 luvussa on palvelujen kieleen liittyvä säännös, jonka mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan (PL 122 §).

Oikeus työhön ja elinkeinonvapaus on turvattu perustuslain 18 §:ssä. Säännöksen mukaan jokaisella on oikeus lain mukaan hankkia toimeentulonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta säännös liittyy ennen kaikkea

oikeuteen tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja ja niiden tuottamiselle asetettaviin edellytyksiin mutta myös osaavan ja riittävän henkilöstön saannin varmistamiseen mm. työhyvinvointiin liittyvillä ratkaisuilla.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan. Säännös takaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ihmisarvoisen elämän edellyttämän turvan saavuttamiseksi. Lisäksi säännös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa.

Perustuslain 22 § kohdistaa julkiselle vallalle yleisen velvollisuuden turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Myös perustuslain 14 ja 17–19 §:t asettavat velvoitteita julkiselle vallalle. Julkisen vallan käsitettä ei ole määritelty laissa tai sen esitöissä (HE 309/1993 vp). Perustuslakivaliokunnan mukaan julkisen vallan käsitteen täsmällinen sisältö vaihtelee perusoikeuksittain. Yleensä keskeisimmät velvoitetut ovat valtio sekä kunnat ja kuntayhtymät virkamiehineen ja päätöksentekojärjestelmineen. Perusoikeuksia koskevat säännökset voivat ulottaa vaikutuksensa välillisen julkishallinnon yksiköihin vain sikäli, kun niille on asianmukaisessa järjestyksessä annettu tällaisiin oikeuksiin liittyviä tehtäviä. (PeVM 25/1994 vp, s.3)

Perustuslain 22 § ei sellaisenaan kuitenkaan osoita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä millekään valtion ulkopuoliselle taholle. Nykytilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa kunnallishallinto, tehtävät on osoitettu kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännöllä, ja kunnat vastaavat tehtävistä vain lainsäädännön osoittamissa rajoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen voidaan lainsäädännöllä osoittaa myös muulle viranomais taholle kuin valtion keskushallinnolle tai kunnallishallinnolle, esimerkiksi julkisoikeudelliselle laitokselle.

4.2 HALLINTOTEHTÄVIEN HOITAMINEN VIRANOMAISTOIMINTANA

Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Käytännössä säännös sitoo sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen julkisen viranomaisen tehtäväksi, sillä järjestämiseen liittyvää väestön palvelutarpeiden arviointia, palvelujen tuottamistavan valintaa ja muuta julkisten voimavarojen kohdentamista sekä mm. hallintopäätösten tekemistä ja palveluntuottajien valvontaa voidaan pitää merkittävänä julkisen vallan käyttönä, jota ei voida edes lailla antaa yksityisen tehtäväksi. Niiltä osin, kuin toiminnassa päätetään toisen edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta taikka tahdosta riippumattomaan hoitoon määraamisestä, tehtävää tulee hoitaa virkasuhteessa. Muilta osin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja voivat tuottaa myös yksityiset toimijat. Oikeustila on kuitenkin tällä hetkellä jäsentymätön, ja lailla yksityiselle säädettävät oikeudet hallinnollisen pakon käyttämiseen tulevat todennäköisesti lisääntymään lähivuosina.

4.3 KUNNALLINEN ITSEHALLINTO

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen eräänä reunaehtona voidaan pitää perustuslain 121 §:n takaamaa kunnan asukkaiden itsehallintoa. Itsehallinnon perustuslaillinen asema turvaa erityisesti kuntien asemaa ja tehtäväkenttää suhteessa valtioon. Kunnille voidaan antaa tehtäviä vain lailla, ja kuntien hallinnosta tulisi säätää vain yleisiltä perusteiltaan. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuolto onkin osoitettu kuntien tehtäväksi erityislainsäädännöllä, vakiintuneen tulkinnan mukaan kunta hoitaa myös erityistoimialaan kuuluvia tehtäviä itsehallintonsa nojalla. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen annetaan lailla kunnallishallinnon tehtäväksi, tulee säätämisessä ottaa huomioon kunnallisen itsehallinnon perustuslaillinen asema. Perustuslakivaliokunnan vakiintuneen kannan mukaan tavallisella lailla ei voida puuttua itsehallinnon keskeisiin ominaispiirteisiin tavalla, joka asiallisesti ottaen tekisi itsehallinnon merkityksettömäksi.

Kunnallisen itsehallinnon keskeisiä ominaispiirteitä ovat paikalliseen demokratiaan perustuva päätöksenteko, jolla tarkoitetaan kuntalaisten oikeutta itse valitsemiinsa toimielimiin, kunnan verotusoikeus ja siihen liittyvä vastuu tehtävien rahoituksesta sekä vastuu siitä, että lailla säädettyjä palveluja on kunnan asukkaiden saatavilla. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta keskeisenä reunaehtona voi pitää myös sitä, että perustuslain mukaan kunnille voidaan säätää tehtäviä ainoastaan lailla. Tämä rajoittaa asetusten ja muiden lakia alemmanasteisten ohjausvälineiden käyttöä valtion ja kuntien välisessä suhteessa. Lakisääteisten tehtävien rahoitukseen liittyvän kustannusvastaavuus- ja rahoitusperiaatteen mukaisesti lainsäätäjän on turvattava kuntien tosiasialliset mahdollisuudet selvittää lailla osoitettujen tehtävien hoitamisesta. Myös valtion ja kuntien kustannustenjaosta on säädettävä lailla.

Perustuslain 121 §:n mukaan kuntien hallinnon yleisistä perusteista on säädettävä lailla. Tämä rajaa lainsäätäjän toimintamahdollisuuksia siten, että lailla tulisi säätää ainoastaan hallinnon yleisistä perusteista yksityiskohtaisen sääntelyn jäädessä kullekin kunnalle itselleen. Pääsääntöisesti hallinnon yleisiä perusteita koskeva sääntely tulisi olla kuntalaissa ja vain poikkeustapauksissa erityislainsäädännössä. Kuntalaki on kunnallishallinnon peruslaki, jossa säädetään kuntien hallinnosta, taloudesta ja johtamisesta. Myös kuntien yhteistoimintamuodoista tulisi lähtökohtaisesti säätää vain kuntalaissa.

Kunnallisen itsehallinnon perustuslaillinen asema ei suojaa nykyistä kuntajakoa eikä sellaisenaan estä säätämästä lailla kuntien välillä pakollistakaan yhteistoimintaa tai kuntaliitoksia kuntien vastustuksesta huolimatta. Pakollisen yhteistoiminnan suhdetta itsehallintoon arvioidessaan perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi yhteistoimintatehtävien ylikunnalliseen luonteeseen, hallinnon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen tehtäviä hoidettaessa sekä siihen, ettei noudatettava päätöksentekojärjestelmä anna yksittäiselle kunnalle yksipuolisen määräämisvallan mahdollistavaa asemaa. Merkitystä on annettu myös sille, onko järjestely supistanut oleellisesti yhteistoimintaan velvollisten kuntien yleistä toimialaa. Perustuslakivaliokunta on pitänyt ongelmallisena kuntien yhteistoimintaelimen tehtävien lisäämistä siinä määrin ja sillä tavalla, että se vaikuttaisi oleellisesti jäsenkuntien hallintoon ja vaarantaisi kunnallisen itsehallinnon periaatteisiin sisältyvän periaatteen kunnan päätösvalan kuulumisesta kuntalaisten valitsemille toimielimille.

Koska kunnan hallinnosta ja taloudesta päättäminen kuuluu kunnalle itselleen, pakollisessakin yhteistoiminnassa on yleensä lähdetty siitä, että kunnille on jätetty valinnanmahdollisuus yhteistoiminnan käytännön toteuttamisessa. Valtion mahdollinen puuttuminen on ollut toissijainen keino, ja käytettävissä ainoastaan siinä tapauksessa,

että kunnat eivät ole päässeet yksimielisyyteen yhteistoiminnan järjestämisestä käytännössä. Näissäkin tilanteissa yhteistoiminnan pakollinen muoto on säädetty voimaansaolevaksi vain siihen asti kunnes kunnat pääsevät yhteistoimintamuodosta sopimukseen.

4.4 VÄESTÖ- JA IKÄRAKENNE SEKÄ ALUEKEHITYS

Suomen erityispiirre on, että vanhusväestön osuuden jyrkin kasvu tapahtuu meillä nopeasti. Jo kahden seuraavan vuosikymmenen aikana vanhushuoltosuhte eli yli 65-vuotiaiden määrä verrattuna työikäiseen väestöön, kohoaa meillä nykyisestä noin 25 prosentista liki 43 prosenttiin. Useimmissa muissa teollisuusmaissa vanhushuoltosuhte kohoaa vastaavalle tasolle vasta vuosisadan puolivälissä.

Väestön ikääntyminen ja sen myötä palvelutarpeiden muutokset ovat suuri haaste julkisen talouden rahoituksen kestävyydelle. Ikäsidonnaisten julkisten menojen BKT-osuuden arvioidaan kohoavan meillä vuoden 2007 tasosta noin 6 prosenttiyksiköllä 2030-luvun puoliväliin mennessä, kun vastaava nousu vanhoissa EU:n jäsenmaissa keskimäärin jää noin puoleen tästä. Suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen myötä eläkemenojen kasvu on jo alkanut nopeutua. Myöhemmin, erityisesti 2020-luvulla ja siitä eteenpäin, kiihtyy vuorostaan pääosin kuntien vastuulla olevien vanhusväestön hoito- ja hoivamenojen kasvu. Se on jyrkimmillään siinä vaiheessa, kun korkeaan ikään tulleet suuret ikäluokat alkavat tarvita pitkäaikaishoitoa.

Väestörakenteen muutokset, lasten ja työikäisten määrän väheneminen sekä ikäntyneiden määrän kasvu vaikuttavat paitsi peruspalvelujen tarpeeseen myös kuntien ja alueiden elinvoimaisuuteen, taloudellisiin edellytyksiin ja tulopohjien kehitykseen sekä näiden kautta myös peruspalvelujen rahoitusmahdollisuuksiin. Tämä väestörakenteiden välillinen vaikutus peruspalvelujen rahoitusmahdollisuuksiin voi olla useissa kunnissa ja monilla alueilla erityisen voimakas.

Syntyneiden määrä on noussut viime vuosina, ja Tilastokeskuksen väestöennusteessa hedelmällisyysasteen oletetaan pysyvän viime vuosien tasolla. Näin ollen pienimpiin lapsiin kohdistuvien palvelujen tarpeen arvioidaan kasvavan 2010-luvulla. Erot nuorten ikäluokkien suuruuksissa näkyvät heilahteluina koulutuspalvelujen tarpeen kehityksessä. Esimerkiksi peruskoululaisten määrän odotetaan hiukan nousevan, kun taas lukio-ikäisten määrä pienenee huomattavasti 2010-luvulla. Keskimäärin lasten ja nuorten palvelujen tarve pysyy nykytasolla seuraavan 20 vuoden aikana.

Terveyspalveluissa ja vanhusten tarvitsemissa palveluissa palvelutarve kasvaa nopeasti alkaneella ja seuraavalla vuosikymmenellä. Väestön ikääntyessä ja väestön määrän kasvaessa terveyspalvelujen tarve nousee lähivuosina noin puolentoista prosentin vuosivauhtia, jos terveyspalvelujen ikäryhmittäinen käyttö pysyy nykytasolla. Väestökehitykseen perustuvan arvion mukaan kuntasektorin menot kasvavat nopeimmin vanhusten pitkäaikaishoidon palveluissa sekä 2010- että 2020-luvuilla.

Ikääntyminen vaikeuttaa myös työvoiman saatavuutta. Nämä haasteet ovat Suomessa edessä jo lähivuosina. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan työikäisen väestön määrä kääntyy laskuun vuonna 2010 ja supistuu liki 150 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä. Työvoimaresurssien niukkeneminen vaikeuttaa myös kuntasektorin työvoiman saantia. Muuttoliike kärjistää paikoin jo nykyisellään hankalan tilanteen joillakin alueilla vielä huomattavasti keskimääräistä vaikeammaksi. Väestö on nopeasti keskittynyt 5–10 kaupunkikeskusalueelle. Jo tällä hetkellä 2/3 akateemisen

loppututkinnon suorittaneista 25–35-vuotiaista nuorista asuu viidellä voimakkaimmin kasvavalla alueella.

Kuntatalouden tulevien vuosien suurena työmarkkinahaasteena on sovittaa yhteen palvelutarpeen kasvu, mittava eläkepoistuma ja kiristynvä kilpailu työvoimasta. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan työikäisen väestön määrä kääntyy laskuun vuonna 2010 ja supistuu liki 150 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä. Samalla kuitenkin väestörakenteen muutoksen pohjalta laskettu palvelutarpeen nousu merkitsee jo vuoteen 2020 mennessä runsaan 40 000 ja vuoteen 2030 jo lähes 100 000 työntekijän nettolisätarvetta kuntapalveluihin. Kunnissa on jo käynnistynyt historiallisen mittava eläkkeelle siirtyminen, kun suuret ikäluokat ovat saavuttamassa vanhuuseläkeikänsä. Kuntien eläkevakuutuksen ennusteen mukaan seuraavan kymmenen vuoden aikana eläkkeelle siirtyy 166 000 kuntatyöntekijää eli kolmasosa kaikista kunta-alan työntekijöistä. Huippuvuosi on 2015, jolloin yli 17 000 kuntatyöntekijää siirtyy eläkkeelle. Vuonna 2030 on nykyisistä kuntatyöntekijöistä eläkkeellä yli 60 % eli noin 322 000. Koska työmarkkinoille tulevien uusien ikäluokkien koko supistuu merkittävästi, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa tulee sopeutua rajoitettuihin mahdollisuuksiin lisätä työvoiman määrää.

Työ- ja elinkeinoministeriön Suomen aluekehittämisstrategia 2020-julkaisussa on arvioitu alueiden välisiä eroja. Taloudellinen tilanne, väestön ikääntyminen, työvoiman tarjonta ja palvelutarpeiden muutos vaihtelevat maakunnittain merkittävästi. Kuntien tai seutukuntien väliset erot ovat vielä voimakkaampia. Demografinen huoltosuhde (huollettavien suhde työvoimaan) heikkenee koko maassa. Huonoimmassa asemassa ovat Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Pohjois- ja Itä-Suomi, joissa keskimääräinen huoltosuhde ylittää 2030-luvulla kahdeksankymmentä. Vanhusväestön osuus tulee olemaan vuonna 2020 korkein Pohjois-Karjalassa ja Kaakkois-Suomessa. Ikääntyminen koskettaa myös kaupunkeja, joissa muutos tapahtuu nopeasti ja eläkeikäisen väestön määrän arvioidaan kolminkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä. Nuorten ikäluokkien osuus on alhainen erityisesti monilla Lapin, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon ja Etelä-Savon alueilla suurimpia kaupunkiseutuja lukuun ottamatta. Lasten ja työikäisten määrän väheneminen on etenkin harvaan asutun maaseudun ja saaristoalueiden suuri ongelma.

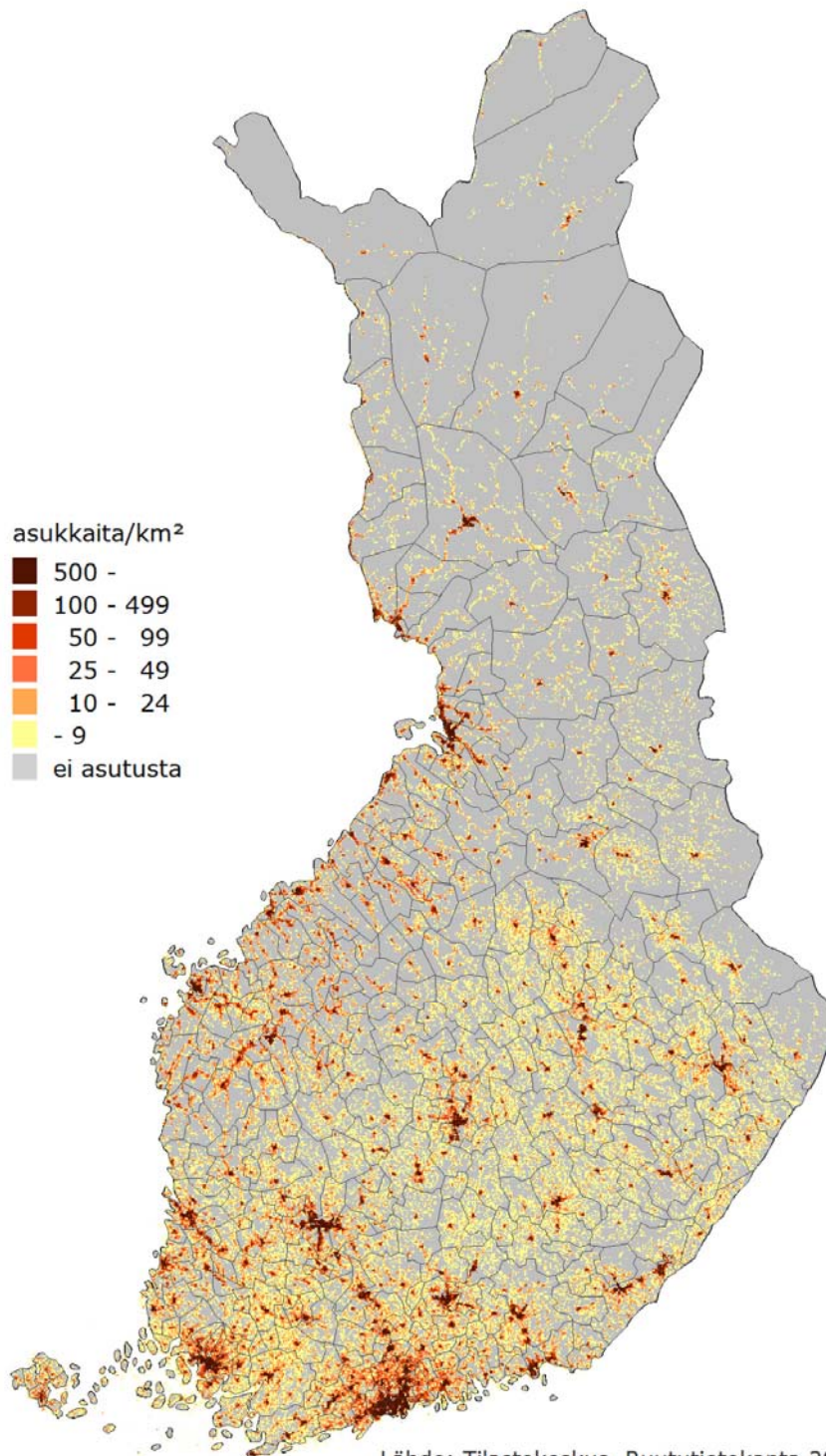
4.5 VOIMAVAROJEN RAJALLISUUS

Henkilöstövoimavaroista huolehtimiseen ja niiden kehittämiseen on kiinnitettävä vakavaa huomiota erityisesti nyt, kun kasvaviin palvelutarpeisiin vastataan vähenevällä työvoimalla. Sosiaalipalveluiden saatavuuteen ja tuloksellisuuteen vaikuttaa oleellisesti osaava henkilöstö, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen voimavara ja toiminnan keskeinen menestystekijä.

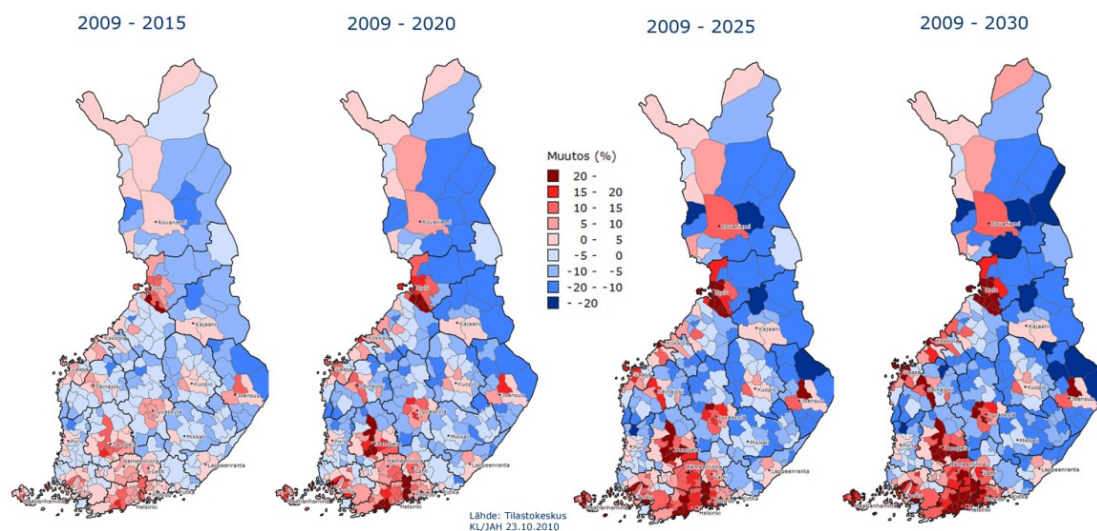
Vanhusikäisten määrä ja väestöosuus kasvavat tulevina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen 2009 julkaisemassa väestöennusteessa yli 85-vuotiaiden määrä yli kolminkertaistuu seuraavan 30 vuoden aikana. Tämä johtuu suurten ikäluokkien ikääntymisestä sekä keskimääräisen eliniän pitenemisestä. Koska vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen tarve kohdistuu kaikista vanhimpiin ikäluokkiin, voidaan tulevaa palvelujen kokonaistarvetta arvioida yhdistämällä nykyhetken tiedot palvelujen ikäkohtaisesta käytöstä ikäryhmittäiseen väestöennusteeseen. Lisäksi lasten päivähoidon palvelutarve riippuu väestökehityksestä. Väestöennusteessa syntyvien lasten määrän odotetaan

pysyvän likimain nykytasolla vuoteen 2040 saakka. Palvelumäärien pohjalta voidaan arvioida tarvittavan henkilökunnan määrää.

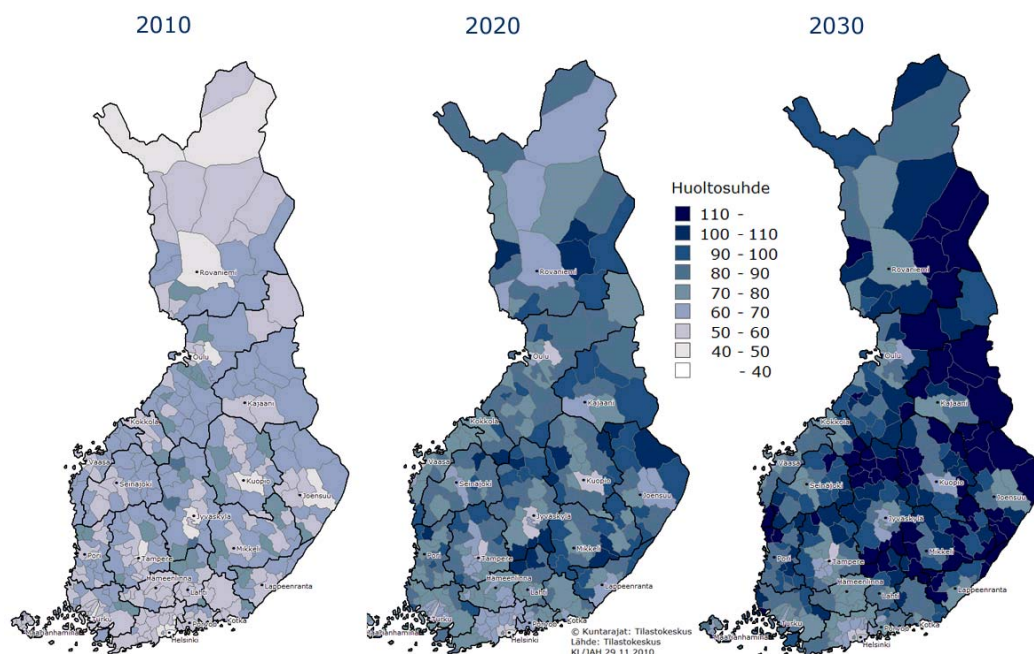
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat yhteensä 17,8 miljardia euroa vuonna 2008. Kun siitä vähennetään asiakasmaksut, olivat sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 15,6 miljardia euroa. Kustannukset vaihtelevat paljon kunnittain, sillä nettokustannukset olivat korkeimmillaan noin 4 000 euroa ja pienimmillään noin 2 000 euroa asukasta kohti.



Lähde: Tilastokeskus, Ruututietokanta 2009
KL/JAH 16.8.2010



Väestömuutostarkasteluja kunnittain 2009–2030. Lähde: Tilastokeskus.



Huoltosuhde 2010, 2020 ja 2030. Lähde: Tilastokeskus.

Vuonna 2009 koko maan keskimääräinen huoltosuhde oli 50,6 ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2020 se on 65,4 ja vuonna 2030 jo peräti 73,0.

Huomionarvoista on, ettei huoltosuhde parane yhdessäkään kunnassa ja vuonna 2020 Suomessa lasketaan olevan jo 20 kuntaa, joissa huoltosuhde yltää yli 100:n.

4.6 GLOBAALI TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA EUROOPAN UNIONI

Viime vuosikymmenten suuri muutos on ollut kansallisen hyvinvointipolitiikan kytkeytyminen yhä enemmän eurooppalaiseen ja globaaliin kehykseen. Euroopan unionin sääntely ohjaa nykyisin eräiltä osin myös kotimaista sääntelyä. Lisäksi osa Euroopan unionin normeista on kansallisella tasolla suoraan sovellettavia. Tämä asettaa reunaehdoja myös sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjaukselle.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kentälle on tullut runsaasti uudenlaisia toimijoita, joiden toiminnan ehtoja säätelevät yhä enemmän EU:n sisämarkkinasäädökset. Julkisen, yksityisen ja järjestöpohjaisen toiminnan työnjaolla ja yhteistyöllä on pohjoismaisessa järjestelmässä vahva perinne, mutta EU:n säädösten ja niiden kansallisen tulkinnan myötä kansallinen liikkumatila on tässä suhteessa kaventunut ja muuttunut epäselväksi. Erityisesti järjestöjen toiminta on joutunut ahtaalle ja se voi vaarantaa joidenkin järjestöjen osaamisen varassa olevien erityispalvelujen saatavuuden.

Globaali ja eurooppalainen kehys ovat merkinneet myös talous- ja kilpailukykytaavoitteiden aseman korostumista yhteiskuntapolitiikassa. Samalla sosiaali- ja terveys-erot ovat lisääntyneet, ja ne uhkaavat jo osaltaan sosiaalista koheesiota ja yhteisöjen hyvinvointia. Myös demografiset tekijät ovat muuttuneet. Ikääntymisen haasteet heijastuvat kaikille sektoreille ja yhteiskunnan eri toimintoihin, mikä aiheuttaa uusia haasteita yli sektoreiden ulottuvalle yhteistyölle. Lisäksi kansalaisten ja asiakkaiden asemassa on tapahtunut muutoksia ja asiakkaiden vaatimukset ovat muuttuneet.

4.7 MONIKULTTUURISUUS

Monikulttuurisuus on lisääntynyt Suomessa 2000-luvulla nopeammin kuin koskaan ennen. Maassa on lukuisa määrä eri kieli- ja kulttuurivähemmistöjä.

Suomen väestöstä noin 5,5 prosenttia eli noin 280 000 henkilöä puhuu äidinkielenään ruotsia. Suurin osa suomenruotsalaisista asuu Uudenmaan, Turunmaan ja Pohjanmaan rannikkoseuduilla. Hieman yli 12 000 (neljä prosenttia) heistä asuu muualla Suomessa täysin suomenkielisissä kunnissa. Ahvenanmaan maakunnassa asukkaita on 26 000. Saamelaisia on Suomessa tällä hetkellä noin 8 000. Heistä vajaa puolet asuu saamelaisten kotiseutualueella Ylä-Lapissa. Saamelaisten kotiseutualue muodostuu Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kuntien alueista sekä Sodankylän kunnassa sijaitsevasta Lapin paliskunnan alueesta. Romaneja Suomessa on 10 000–12 000.

Ihmisten liikkuvuus on viime vuosikymmeninä lisääntynyt ja näin myös muuttojen määrä maasta toiseen kasvanut. Suomeen muutetaan lähialueilta, EU- ja ETA-maista sekä niiden ulkopuolelta erityisesti kehittyvien talouksien maista. Lähes 20 000 ulkomaalaista henkilöä muuttaa vuosittain Suomeen. Maassa vakinaisesti asuvien ulkomaalaisten määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana lähes 80 prosentilla, ollen vuoden 2009 lopussa noin 155 000 henkeä. Suurimmat ryhmät muodostavat tällä hetkellä venäläiset (27 000), virolaiset (23 000), ruotsalaiset (8 500) ja somalialaiset (5 000). Venäjää äidinkielenään puhuu kuitenkin Suomessa noin 55 000 täällä vakinaisesti asuvaa henkilöä ja esimerkiksi somaliaa noin 12 000. Monet ovat siis jo saaneet Suomen kansalaisuuden.

Yleisimmät maahanmuuton perusteet Suomeen ovat työnteko, perheside ja opiskelu. Vuonna 2008 poliisi rekisteröi noin 10 000 EU-kansalaisten oleskeluoikeutta. Lisäksi EU-kansalaisia on maassa myös lyhytaikaisissa työsuhteissa (EU- kansalais-

ten oleskeluoikeuden rekisteröityminen tarvitaan, jos oleskelu Suomessa jatkuu yli 3 kuukautta). Myös EU:n ulkopuolelta tulevien oleskelulupahakemusten määrä on lisääntynyt viimeisen kolmen vuoden aikana nopeasti. Vuonna 2006 Maahanmuuttoviraston käsiteltäväksi tuli yhteensä 16 100 oleskelulupahakemusta. Vuonna 2008 vastaava luku oli jo 23 000, samoin kuin vuonna 2009. Eniten oleskelulupahakemuksia jättivät Venäjän federaation kansalaiset, kiinalaiset, somalialaiset ja intialaiset.

Turvapaikanhakijoiden vuosittainen määrä on ollut vuoteen 2008 asti melko vähäistä. Vuoden 2008 syksystä alkaen turvapaikanhakijoiden määrä on kuitenkin kasvanut nopeasti. Suurimmat ryhmät muodostavat somalialaiset ja irakilaiset, mutta myös Afganistanista ja Venäjältä on runsaasti hakijoita. Erityinen piirre on ollut bulgariaalaisten hakijoiden suuri määrä. Yksin tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden määrä on myös ollut poikkeuksellisen suuri. Turvapaikanhakijoista noin 30–40 prosenttia saa myönteisen oleskeluluvan. Tämä tarkoittaa sitä, että vuoden 2008 hakijoista arviolta noin 1 400 ja vuoden 2009 hakijoista noin 2 000 tulee saamaan myönteisen oleskeluluvan. Lupaani liittyy käytännössä aina myös perheen yhdistämisoikeus. Seuraavien viiden vuoden aikana perheen yhdistämisen perusteella vireille tulevien hakemusten määrä tuleekin vähintään kaksinkertaistumaan nykyisestä 7 500 hakemuksesta.

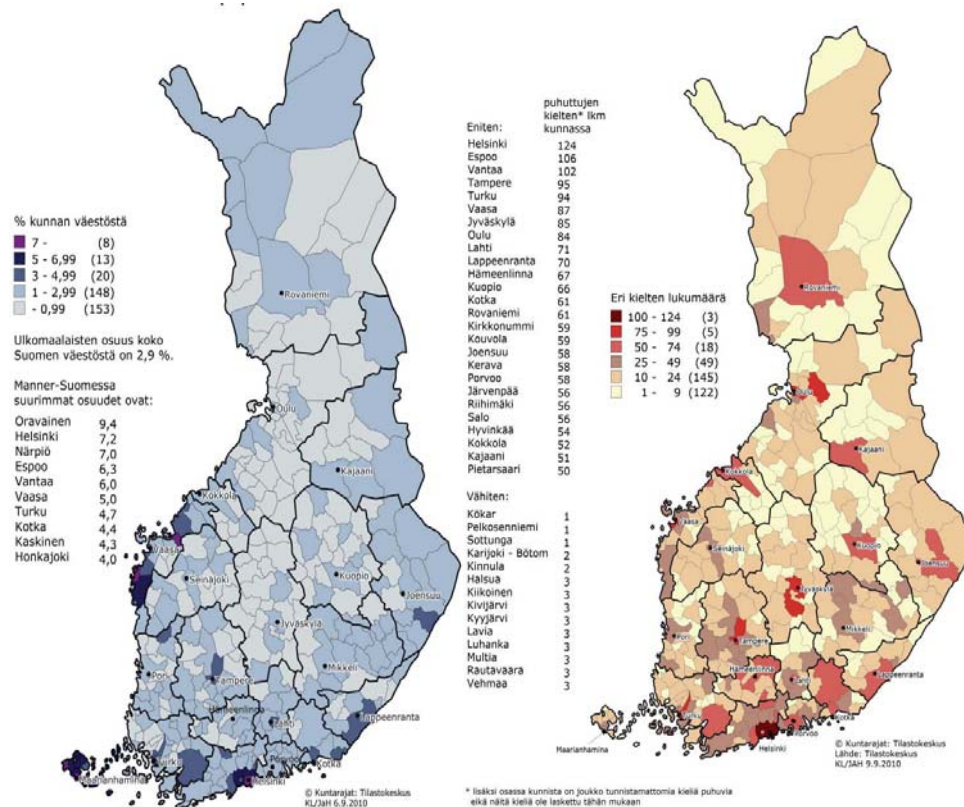
On ennustettu, että oleskelulupahakemusten määrä tulee viiden seuraavan vuoden aikana kasvamaan voimakkaasti johtuen mm. talouden elpymisestä, mikä lisää ulkomailta tulevien työntekijöiden määrää, mutta myös turvapaikanhakijoiden määrästä.

Suomi on siis mennyt 2000-luvulla harppauksen eteenpäin kohti monikulttuurista yhteiskuntaa, erityisesti pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä sosiaaliturvan piiriin siirtyminen on mahdollista maahanmuuttajan saatua oleskeluluvan Suomessa vähintään vuoden ajalle. Palvelujen saannin ja sosiaaliturvan osalta on olemassa myös tästä poikkeavia säädöksiä sen mukaan, tuleeko muuttaja toisesta EU-jäsenmaasta.

Maahanmuuttajilla tulee olla mahdollisuus hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Maahanmuuttajat ovat erityisesti Suomeen muuttonsa alkuvaiheessa monipuolista tukea tarvitseva asiakasryhmä. Tämä johtuu mm. pakolaisina tulevista erityispalvelujen tarpeesta olevista henkilöistä. Maahanmuuttajuus sinänsä, maahanmuuttajien moninaiset taustat sekä erityisesti kieleen ja kulttuuriin liittyvät tekijät asettavat haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiselle. Suomen lainsäädännön mukaan täällä asuvilla on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun (mm. iästä, etnisestä tai kansallisesta alkuperästä, uskonnosta tai kielestä riippumatta).

Monikulttuurisuus ja maahanmuutto ovat samalla kuitenkin myös mahdollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Väestön ikääntyessä ja henkilöstötarpeiden kasvaessa maahanmuuttajat ovat osa käytettävissä olevia työvoimaresurssejamme. Suomen työmarkkinoilla arvioidaan olevan nykyään yhteensä noin 130 000 ulkomaalaistaustaista työntekijää, joka on yli 5 prosenttia kaikista työllisistä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ammateissa ulkomaalaistaustaisten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Syntyperältään ulkomaalaisten määrä kaksinkertaistui vuodesta 2000 vuoteen 2007. Vuoden 2008 alussa heitä oli hieman alle 10 000. Osuus on vain noin kolme prosenttia alan koko työvoimasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista ulkomaan kansalaisten osuus oli suhteessa korkeampi vaativissa ammateissa (lääkärit, hammaslääkärit) ja avustavissa ammateissa (hoito-, keittiö- yms. apulaiset sekä siivoojat). Sen sijaan muissa asiantuntija-ammateissa (sairaanhoitajat, lähihoitajat) osuus oli huomattavasti pienempi.

Ulkomaan kansalaisten osuus (%) kunnan väestöstä 31.12.2009 (vasen), Kunnissa puhuttujen vieraiden kielten lukumäärät vuonna 2009 (oikea)



5 POHJOISMAISTA VERTAILUA

Pohjoismainen malli muutoksessa

Hyvinvointiyhteiskuntien vakauttamispyrkimyksiksi on kaikissa Pohjoismaissa toteutettu paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon mittavia lainsäädäntömuutoksia myös palvelu- ja kuntarakenteiden määrätietoinen uudistaminen. Vaatimukset palvelujen ihmis-, asiakas- ja kansalaisuuslähtöisyydestä ovat yhteisiä pohjoismaisuuden ilmentäjiä. Yhteisiä ovat myös pyrkimykset vuoropuheluun ja avoimuuteen, yhteisöllisyyteen, moninaisuuteen ja toimintojen vaikuttavuuteen ja vaikuttavuuden osoittamiseen.

Seuraavassa on pyritty kuvaamaan niitä rakenteellisia uudistuksia, joilla on ollut olennaista merkitystä Ruotsin, Tanskan ja Norjan sosiaali- ja terveystaloustalouden uudistuksille, sekä näiden uudistusten taustatekijöitä. Kuvaus painottuu terveydenhuoltoon, koska näissä maissa sellaiset keskeiset rakenteelliset uudistukset, joissa on toteutettu järjestämisvastuun siirto suurempien väestöpohjien toimijoille, ovat koskeneet lähtökohtaisesti terveydenhuoltoa sosiaalihuollon kuuluessa kunnan järjestämisvastuulle. Koska uudistusten myötä tapahtunut terveydenhuollon irtaantuminen sosiaalihuollosta on aiheuttanut näissä maissa erityisesti sektoreiden välisiin rajapintoihin liittyviä kitkatekijöitä, on jäljempänä erillinen jakso näistä uudistusten mukanaan tuomista integraatioon liittyvistä ongelmista.

Islanti on jätetty tarkastelun ulkopuolelle johtuen sen väestön ja terveydenhuoltojärjestelmän huomattavasti pienemmästä mittakaavasta, mikä vaikeuttaa järjestelmäratkaisujen vertailua ja soveltamista Suomen olosuhteisiin.

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on pohjoismaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä traditionaalisesti ollut samoissa käsissä kuin vastuu palveluiden rahoituksesta ja suuri osa palvelutuotantoa. Suomessa pääasiallinen vastuu on kunnilla ja Ruotsissa 20 maakäräjäalueella (landsting) tai näiden yhteenliittymällä (regioner). Samankaltaisia periaatteita noudattaen Tanskassa vastuu oli aiemmin 14 maakunnalla (amter) ja Norjassa 19 läänillä (fylken).

Järjestelmien kehityksessä on viime vuosina ollut nähtävissä kaksi yhteistä kehityskulkua: järjestämisvastuu on siirtymässä tahoille, joiden väestöpohja on merkittävästi aikaisempaa suurempi ja taloudelliset ”hartiat aiempaa leveämmät”. Samanaikaisesti vastuu palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta on eriytymässä ja palveluiden tuottajakunta monipuolistumassa. Uudistusten yhteydessä on käynyt ilmeiseksi, ettei kysymystä terveydenhuollon järjestämisvastuusta ole mahdollista eikä järkevää pyrkiä ratkaisemaan irrallaan rahoitusvastuusta tai siitä, millä pelisäännöillä järjestämisvastuussa olevat tahot toimivat suhteessa palveluiden tuottajiin.

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kolmiportainen käsittäen kansallisen tason ohjausjärjestelmän sekä palvelujen tuottamiseen osallistuvat alue- ja kuntatasot. Rahoitus kerätään verotuksella.

Tanskassa toteutettiin julkisen sektorin rakenneuudistus vv 2005-07, joka muutti kunta- ja aluejaotuksen lisäksi kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja. Tanskan rakenneuudistuksessa vv. 2005-07 terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi viidelle uudelle alueelliselle toimijalle (regioner), joilla ei kuitenkaan ole itsenäistä verotusoikeutta. Rahoitusvastuu on eriytetty pääasiallisesti valtion, mutta pienessä määrin myös kuntien, vastuulle. Tanskassa kunnilla on koko sosiaalihuollon järjestämis-, rahoitus- ja valvontavastuu, kun taas sosiaaliasiainministeriön vastuulla ovat monet etuudet. Kuntien määrä laski 2007 toteutetussa kuntauudistuksessa 271 kunnasta 98 kuntaan. Kunnat saivat uudistuksessa lisää tehtäviä ja vastuuta. Kunnilla on vastuu sosiaalipalvelukokonaisuudesta rahoitus-, valvonta- ja viranomaisvastuineen. Lasten päivähoito, perusopetus sekä alakoululaisten erityisopetus, aikuiskoulutus, vanhustenhuolto ja terveydenhuollon ehkäisevä toiminta, päihdepalvelut, kotisairaanhoido, kunnallinen hammashoito sekä erityishammashoito että sosiaalipsykiatria ovat kuntien vastattavina. Alueet vastaavat erityistehtävistä.

Norjan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on organisoitu kolmelle tasolle: valtakunnalliselle, maakunnalliselle ja kunnalliselle tasolle.

Norjan perusterveydenhuollon uudistuksen (2001) ja sairaalauudistuksen (2002) seurauksena terveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu valtion ja kuntien kesken. Valtio rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan (Regionale Helseforetak) kautta. Kunnilla on järjestämisvastuu perusterveydenhuollon palveluiden suhteen. Näiden palveluiden rahoitus on jaettu kuntien ja valtion (vakuutusjärjestelmän) kesken.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmä ei ole käynyt läpi samanlaista rakenteellisia uudistuksia kuin Tanskan ja Norjan järjestelmät. Vaikka Ruotsissa terveyspalvelut jo nyt tuotetaan huomattavasti suuremmilla väestöpohjilla kuin Suomessa, aluetason uudistuksesta on käyty, ja käydään tänä päivänäkin, keskustelua. Samanaikaisesti väestöpohjaisessa ajattelussa on tapahtunut muutoksia tehtyjen ja suunnitelmissa olevien valinnanvapaisuudistusten takia.

Aluehallinnon uudistamiseksi ruotsissa istui vv. 2003-2007 arvovaltainen parlamentaarinen komitea, Ansvarskommittén. Se sai vuonna 2004 lisädirektiivit, joissa tehtäväksi annettiin selvittää valtion, maakäräjien ja kuntien rakennetta ja tehtäväjako erityisesti silmälläpitäen edellytyksiä ohjata terveydenhuollon kehitystä. Komitea jätti loppumietintönsä helmikuussa 2007. Kuten jo etukäteen osattiin odottaa, yksimielinen komitea perusteli Tanskan ja Norjan selvitysten tapaan tarvetta keskittää terveyspalvelutuotantoa ja lisätä kansallista ohjausta. Silloisten 21 maakäräjäalueen (landsting) sijasta komitea ehdotti siirtymistä 6-9 alueelliseen toimijaan (regionkommuner), jotka nekin valittaisiin yleisillä vaaleilla, ja joilla olisi nykyisten maakäräjien tapaan terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu sekä itsenäinen verotusoikeus.

Paitsi terveydenhuollosta näillä toimijoilla olisi lisäksi entistä laajempi vastuu alueellisesta kehityksestä ja kasvusta. Samalla myös Ruotsin läänien (län) lukumäärä vähenisi ja ne rajautuisivat maantieteellisesti samoin kuin aluekunnat. Tämän ajateltiin parantavan valtiota edustavien läänien ja itsenäisten aluekuntien välistä yhteistyötä. Samaa alueellista jakoa ehdotettiin jatkossa sovellettavaksi myös valtion virastojen osalta.

Kuten Norjassa ja Tanskassa myös Ruotsissa rakenteellisen uudistuksen tarvetta perusteltiin sekä taloudellisin että laatuargumentein. Hoidon saatavuutta haluttiin parantaa ja hoidon laadussa ja saatavuudessa pitkään raportoituja alueellisia eroja tasoittaa. Uudistuksella haluttiin luoda järjestäjätahot, joiden asiantuntemus ja osaaminen riittäisivät niin lääketieteellisesti vaativaan hoitoon kuin palveluiden järjestelmälliseen seurantaan ja ohjaukseen. Korkealaatuisten palveluiden takeeksi ehdotettiin jokaiselle alueella akateemisen osaamiskeskuksen (kompetenscentrum) perustamista välittämään näyttöön perustuvaa tietoa hoito-organisaation ja nivomaan lääketieteellisen tutkimus ja arkipäivän potilastyö lähemmäksi toisiaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevat tahot käyvät ilmi seuraavasta taulukosta. Siitä ilmenee, että pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon järjestämisvastuu Suomessa on hajautettu poikkeuksellisen monelle pienelle toimijalle. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon palveluita.

Suomen lisäksi Norjassa kunnat ovat järjestämisvastuussa perusterveydenhuollon palveluista. Sosiaalipalveluiden osalta kaikissa Pohjoismaissa kunnilla on keskeinen vastuu palveluiden järjestämisestä. Kuntakoko Tanskassa ja Ruotsissa on kuitenkin merkittävästi suurempi kuin Suomessa.

Taulukko 1. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestämisvastuu neljässä Pohjoismaassa.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Järjestämisvastuu				
Erikoissairaanhoito	336 kuntaa (21 sairaanhoitopiiriä)	20 maakäräjää /aluetta*	4 aluetta	5 aluetta
Perusterveydenhuolto	336 kuntaa (66 yhteistoimintaluetta)	20 maakäräjää /aluetta	430 kuntaa	5 aluetta
Sosiaalihuolto	336 kuntaa (66 yhteistoimintaluetta)	290 kuntaa	430 kunta	98 kuntaa

* 16 maakäräjää (landsting), 4 aluetta (regioner): Västra Götaland, Skåne, Halland, Gotland

Ruotsi

Ruotsissa on 290 kuntaa. Kunnat vastaavat mm. kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta, ja sosiaalitoimi on kokonaan kuntien vastuulla. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät saa itsenäisesti järjestää lääkäripalveluja, vaan näistä tulee sopia maakäräjien kanssa. Toiminta rahoitetaan kunnallisveroilla, valtion avustuksilla ja maksuilla. Sosiaalipalvelujen tuottamista ohjaa sosiaalipalvelulaki (Socialtjänstlag 2001).

Ruotsin terveydenhuoltolain (Hälso- och sjukvårdslag) mukaan terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjällä tai verrannollisella alueella. Maakäräjien /alueiden väestöpohja vaihtelee vajaan 200 000 ja 2 000 000 välillä. Kukin maakäräjä-/aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan suun terveydenhoito mukaan lukien.

Ruotsin maakäräjien asemaa voidaan pitää varsin itsenäisenä. Suhteellinen autonomia perustuu, paitsi terveydenhuoltolakiin, perustuslain (Regeringsformen) ja kunnallislain (Kommunallagen) säädöksiin kunnallisesta itsemääräämisoikeudesta (kommunal självstyrelse). Näiden säädösten piiriin kuuluvat siis sekä Ruotsin kunnat (”primärkommuner”) että maakäräjät.

Maakäräjäedustajat valitaan yleisillä vaaleilla joka neljäs vuosi. Maakäräjillä samoin kuin kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Maakäräjäveron suuruus veronmaksajille on keskimäärin n. 10 % ja kunnallisvero n. 20 %. Maassa on käytössä tasausjärjestelmä, jonka perusteella rikkaammat alueet tukevat köyhempien alueiden taloutta. Järjestelmästä on aika ajoin syntynyt kritiikkiä, esim. vuosina, jolloin Tukholman maakäräjien taloudellinen tulos oli positiivinen oman maakäräjäalueen osalta, mutta muuttui tappiolliseksi kun mukaan luettiin tämä ns. Robin Hood-vero.

Maakäräjien päätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Lisäksi tehtäväkuvaan kuuluu vastuu paikallisliikenteestä ja jonkin verran kulttuuri- ja koulutustoimintaa. Toimintakuluista noin 91 % menee terveydenhuollon kustannuksiin. Toiminta rahoitetaan maakäräjäverolla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Maakäräjille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja siis kapitaaatioperusteista, suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin.

Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntynyttä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saatavuutta.

Korvamerkittyjä avustuksia maksetaan esim. suhteessa siihen, missä määrin maakäräjät ovat pysytelleet Ruotsin hoitotakuun aikarajojen puitteissa

Suurilla maakäräjäalueilla (Tukholma, Skåne, Västra Götaland) on käytännössä osoittautunut olevan resursseja ja osaamista kehittää omia toimintamalleja, jotka ovat sitten vaikuttaneet terveydenhuollon kehitykseen muissakin osissa maata.

Aiemmin maakäräjät ovat tuottaneet itse suurimman osan järjestämisvastuullaan olevista palveluista, mutta ulkopuolisten tuottajien osuus on viime vuosikymmenien aikana jatkuvasti kasvanut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa (ja muissakin maakäräjien toiminnoissa).

Tuottajakunnan monipuolistamisen taustalla oli aluksi tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen. Sitten paljon poliittista keskustelua herättäneet ongelmat palveluiden saatavuudessa sekä pyrkimys vahvistaa potilaiden asemaa ja lisätä kansalaisten valinnanvapautta ovat tukeneet kehityskulkua, jossa markkinat on aukaistu myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille. Käytännössä monilla maakäräjäalueilla on jo 1980-

luvulta lähtien kokemusta tilaaja-tuottajamallien soveltamisesta etenkin erikoissairaanhoidossa. Tämän seurauksena myös palveluiden tuotteistaminen ja erilaisille periaatteille rakennettujen korvausmenetelmien kehittäminen ovat varsin pitkällä.

Kokonaisuutena katsoen Ruotsin järjestelmän vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päätöksentekijän, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Maakäräjät toimivat institutionaalisena rahoittajatahona myös silloin kun valtio osallistuu rahoitukseen esim. lääkekorvauksien suhteen.

Teoreettisista lähtökohdista voidaan odottaa, että kun rahoitusvastuu ja järjestämisvastuu yhdistyvät mielekkäästi, järjestämistahon intressissä on seurata ja ohjata toimintaa kohti kustannus-vaikuttavuutta. Kokemukset niin Ruotsin lääkereformista kuin myöhemmin toteutetusta uudistuksesta, jossa vastuu yksityisille ammatinharjoittajille maksettavista korvauksista siirtyi kansalliselta sairausvakuutukselta maakäräjille, tukevat tätä käsitystä.

Ruotsin järjestelmäratkaisuiden heikkoudeksi voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio sosiaalitoimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat erityisesti vanhusten hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita. Lukemattomat tutkimukset ja kartoitukset ovat viitanneet asiakkaiden /potilaiden pallotteluun sosiaali- ja terveystoimen välillä, jolloin palveluiden tarpeessa olevat ovat myös saattaneet jäädä kokonaan ilman tarvitsemaansa apua.

Ongelmat ovat erityisen tavallisia monia sairauksia sairastavien vanhuspotilaiden kohdalla. Etenkin pienillä kunnilla on usein vaikeuksia omien vastuidensa hoitamisessa. Kunnallisen vanhustenhoidon perusta on sairaanhoitajien (medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS) työpanoksessa eikä kunnilla ole ollut oikeutta itse palkata omaa lääkäri työvoimaa. Lääkäripalveluiden heikkoon saatavuuteen ja tasoon kunnallisessa vanhustenhoidossa on viime vuosina kiinnitetty lisääntyvästi huomiota ja lainsäädäntöä ollaan ilmeisesti muuttamassa.

Tanska

Tanskassa toteutettiin vuosina 2005-2007 terveydenhuoltojärjestelmän perusteellinen rakenneuudistus. Sen seurauksena terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle alueelliselle toimijalle (regioner). Vaikka näillä on alueellisesti valittu poliittinen johto, niillä ei ole verotusoikeutta, ja terveydenhuollon rahoituksesta vastaa suurimmaksi osaksi valtio.

Uudistetun tehtäväjaon myötä Tanskan viisi aluetta ovat järjestämisvastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta.

Kuntien (kommuner) tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoututuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat, vaativa kuntoutus hoidetaan kuitenkin alueiden toimesta.

Uudistuksen läpivientiä edelsi Tanskassa mittava selvitystyö, jonka tulokset viittasivat julkishallinnon uudistustarpeisiin sekä taloudellisista että laatu- ja näkökohdista lähtien. Tanskan hallitus argumentoi uudistuspaketin puolesta mm. lupaamalla korke-

ampaa palvelulaatua ilman veronkorotuksia. Erikoissairaanhoidossa ennustettiin – suurempien alueiden ja palveluiden keskittämisen myötä – vahvempaa kansainvälisen huipputason osaamista ja lyhyempiä hoitajonoja.

Tärkeäksi mainittiin myös paikallisdemokratian lisääminen kuntia vahvistamalla ja selkeiden vastuualueiden määrittäminen eri tason toimijoille, jotta varsinkin heikommassa asemassa olevat väestöryhmät saisivat entistä paremmin koordinoituja sosiaali- ja terveystalvaeluja.

Keskeinen strategia kuntien vahvistamiseksi oli kuntakoon suurentaminen käsittämään vähintään 30.000 asukasta tai vaihtoehtoisesti yhteistoiminnan luominen naapurikuntien välillä. Nopea kuntien yhdistyminen lähtikin vuonna 2006 käyntiin lähes kilpajuoksun omaisesti. Kunnat katsoivat ilmeisesti viisaaksi yhdistyä melko suurikokoisiksi yksiköiksi, jonka seurauksena niiden lukumäärä laski 275:stä 98:aan. Yksittäisen kunnan keskimääräinen asukasluku vastaa tällä hetkellä n. 55.000 asukasta.

Perusterveydenhuollon osalta järjestelmän olennaisimmat piirteet säilyivät suhteellisen lähellä entistä tilannetta, kuitenkin tietyin modifikaatioin. Tanska on jo pitkään soveltanut perusterveydenhuollon mallia, jossa lääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Uudistuksen jälkeen ammatinharjoittajat tekevät sopimuksensa viiden alueellisen toimijan kanssa.

Kuntien vastuulla on terveyden ylläpitämiseksi tarjottavat palvelut niin yksilökuin väestötasollakin sekä kuntoutuspalvelut. Näitä tarkoituksia varten kuntien odotetaan ylläpitävän ”terveyskeskuksia” (sundhedscentra), joissa siis keskitytään terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä kuntoutukseen ja sairauksien (tai kroonikoilla niiden komplikaatioiden) ehkäisemiseen.

Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä tehtiin merkittäviä periaatteellisia muutoksia rahoitusjärjestelmään ja verotukseen. Keskeisin muutos oli se, että syntyneille viidelle alueelle ei annettu itsenäistä verotusoikeutta, vaan alueiden toiminnan rahoittavat valtio ja kunnat.

Alueet saavat budjetistaan noin 80 % valtiolta ja 20 % kunnilta. Myös jälkimmäiset 20 % ovat alun perin valtion budjetista kunnille osoitettuja varoja. Suorasta valtionrahoituksesta suurin osa lasketaan kunkin alueen väestöpohjan perusteella kun taas pienempi osa, korkeintaan 5 % alueen terveydenhuoltomenoista, tulee aktiviteettisidonnaisesta korvauksesta.

Rahoitusmallin loogisuus ja toimivuus on uudistuksen alusta pitäen ollut keskustelun kohteena. Kuntien rahoitusosuus alueen menoista voi vaihdella riippuen siitä kuinka paljon kunkin kunnan asukkaat kuormittavat erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja. Järjestelmässä kuntia siis ”rangaistaan” erikoissairaanhoidon osarahoituksella, jotta niillä olisi selkeä motivaatio pitää väestönsä niin terveenä kuin mahdollista. Asiantuntevalta taholta on kuitenkin asetettu kyseenalaiseksi se, missä määrin perusterveydenhuollon toiminnalla pystytään vaikuttamaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeeseen lyhyellä tai edes keskipitkällä aikavälillä.

Toteutetun kokonaisuudistuksen ennakoitiin poliittisessa keskustelussa säästävän rahaa. Säästöjä ei kuitenkaan ilmeisesti ole pystytty osoittamaan siinä määrin kuin alun perin oli ennakoitu. Toisaalta mittavan hallintorakenneuudistuksen seurauksena tapahtuneet muutokset ovat todennäköisesti nähtävissä paremmin vasta muutaman vuoden kuluttua. Erikoissairaanhoidon kulut ovat kuitenkin olleet nousussa ja kunnilla on halu säästää ja saada palvelut tuotettua halvemmin. Tietoa reformin todellisista vaikutuksista saataneen vasta muutamien vuosien seurannan jälkeen.

Norja

Norjassa toteutettiin vuosina 2001-2002 kaksi mittavaa terveydenhuoltoreformia, joista ensimmäinen, ns. Norjan listalääkärimalli (Fastlegeordningen), koski perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuuta ja jälkimmäinen, Norjan sairaalareformi (Sykehusreform, Helseforetaksloven), käsitti maan erikoissairaanhoidon valtiollistamisen.

Perusterveydenhuollon uudistuksen päämääräksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkäriresurssien järkipäisempi käyttö mainittiin myös eräänä uudistuksen keskeisenä päämääränä.

Reformin seurauksena Norjan kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet julkisen työnantajan (fylken) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen yhteydessä varsin helposti ammatinharjoittajiksi. Osasyynä muutoksen helppouteen lienee ollut perusterveydenhuollon lääkäreille tarjotut, suhteellisen edulliset työehdot.

Kuntien järjestämisvastuu tarkoitti velvollisuutta organisoida vähintään kaksi vaihtoehtoista avointa omalääkärilistaa kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä potilaasta. Ennen kuin reformi astui voimaan Norjan terveysministeriö järjesti mittavan väestöön suuntautuvan informaatiokampanjan listautumisen periaatteista. Jokainen Norjan asukas sai ilmoittaa toivomusjärjestyksessä kolme yleislääkärää, joiden vastaanotolle he olisivat kiinnostuneita listautumaan. Sopimuksista kiinnostuneet lääkärit ilmoittivat kuinka monta potilasta he haluaisivat listalleen, ja näitä tietoja käyttäen Norjan sosiaalivakuutuslaitos (Rikstrygdeverket) organisoii ajankohtaiset listat.

Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu jaettiin kuntien ja valtion (vakuutusjärjestelmän) kesken. Kuntien rahoitus tapahtuu listoilla olevien henkilöiden lukumäärän mukaan eli per capita-korvauksena ja vastaa noin 30% kustannuksista. Valtion rahoitusosuus, n. 35%, tapahtuu suoritteista käsin. Potilasmaksut kattavat loput. Rahoituksen paikallinen jakautuminen riippuu siis osittain lääkäreiden aktiivisuudesta esim. tehtyjen tutkimusten suhteen.

Uudistuksen vaikutuksia seurattiin sen ensi vuosina useammaltakin valtiolliselta taholta ja myös tieteellisten tutkimusprojektien avulla. Nämä osoittivat, että Norjan valtion (vakuutuskassan) menot lisääntyivät olennaisesti reformin seurauksena. Menojen lisääntyminen oli verrannollista potilaskontaktien lisääntymiseen ja se tulkittiin suoraksi seuraamukseksi siitä, että palveluiden saatavuus oli parantunut. Samalla myös taksoja, jotka sovitaan vuosittaisissa osapuolten välisissä neuvotteluissa, nostettiin tietoisesti, jotta mm. tarvittavien lääkäreiden rekrytointi harvempaankin asutuille seuduille onnistuisi. Näin menojen lisääntymistä ei varsinaisesti pidetty reformin negatiivisena sivuvaikutuksena, vaan osana sen odotettuja, yhteisillä demokraattisilla päätöksillä aikaansaatuja vaikutuksia.

Listalääkäriuudistuksen läpiviemisen jälkeen sairaalapalvelujen käyttö Norjassa lisääntyi. Tämän mahdollista syy-yhteyttä listalääkäriuudistukseen on vaikeaa arvioida, mutta sitä ei ole pidetty todennäköisenä. Puoli vuotta perusterveydenhuollon uudistuksen jälkeen toteutettu sairaalauudistus myötävaikuttii erikoissairaanhoidon tuotannon lisääntymiseen (josta merkkejä nähtiin jo 1990-luvun lopulla, jolloin Norjan sairaaloissa otettiin käyttöön DRG-pohjainen korvausjärjestelmä) ja sitä kautta luonnollisesti myös saatavuuden paranemiseen. Asiaa tutkittaessa ei havaittu, että perusterveydenhuollon lääkärit olisivat muuttaneet käytäntöjään tutkimuksiin tai hoitoon määräämisen tai läheteiden suhteen.

Vuoden 2002 sairaalauudistuksessa somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu siirtyi Norjan lääneiltä (fylken) valtiolle. Uudistuksen yhteydessä Norja jaettiin viiteen – sittemmin vuonna 2007 neljään – alueeseen, joilla vastuuta kantavat valtion alueelliset toimijat (Regionale Helseforetak). Nämä ovat vastuussa siitä, että kunkin alueen väestö saa tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaalat edustavat alueellisten toimijoiden ”tytäryhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin kuhunkin voi kuulua yksi tai useampia sairaaloita. Alueellisilla toimijoilla ja sairaaloilla on kullakin nimetyt hallituksensa.

Alueelliset toimijat saivat periaatteessa suuren vapauden järjestää vastuullaan olevat palvelut, mutta valtio omistajana pidätti itsellään mahdollisuudet ohjata niiden toimintaa paitsi lainsäädännön ja budjetin välityksellä myös erilaisin ohjausdokumentin sekä hallitusvaikuttajien kautta. Valtion rahoituksen jakamisessa alueille oli etenkin aluksi ongelmia sopivien ja oikeudenmukaisten laskentaperusteiden määrittelyssä. Rahoitus koostuu väestöpohjaisesta per capita-korvauksesta ja suoritepohjaisesta korvauksesta (Norjassa usein nimellä innsatsstyrt finansiering, ISF). Somaattisesta erikoissairaanhoidosta noin 40 % korvautuu suoriteperusteisesti, psykiatrinen hoito korvautuu pääasiallisesti per capita-pohjaisesti. Vaikka sairaaloilla on itsenäinen vastuu henkilöstöstä, toiminnasta ja taloudesta ja ne voivat periaatteessa tehdä suuriakin taloudellisia ratkaisuja, ne eivät kuitenkaan voi mennä konkurssiin.

Sairaalauudistuksen tultua voimaan erikoissairaanhoidon menot lisääntyivät ensi vuosina Norjassa noin 3 % vuosivauhtia. Samanaikaisesti sairaalahoitojaksot, päiväkirurgia mukaan luettuna, lisääntyivät yli 4 % per vuosi, mikä viittasi erikoissairaanhoidon tuottavuuden lisääntymiseen. Lisäystä nähtiin kaikilla viidellä alueella, mutta sen määrä vaihteli. Palveluiden saatavuudessa ja jonoissa havaittiin ensi vuosina reformin astuttua voimaan selvää paranemista. Saatavuudessa olleet alueelliset erot entisten 19 läänin välillä pienenevät uusien alueiden rajojen sisällä, mutta eivät tasoituneet yhtä olennaisesti alueiden välillä.

Palveluiden integraation ongelmat

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Erityisesti monisairaant vanhukset sekä mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset ovat ryhmiä, joiden kohdalla palveluiden puutteellinen integraatio on aiheuttanut suuria ongelmia. Myös terveyden edistämisen integroiminen muuhun toimintaan on ollut haasteellista.

Norjassa ja Tanskassa ongelmana on terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitahoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Vaikka esim. integroitua ”Suomen mallia” on Norjassa tutkittu, siellä kuntia pidetään liian pieninä kantamaan erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta.

Norjassa onkin valmisteltu seuraavaa laajaa lainsäädäntöpohjaista uudistusta, yhteistomintareformia (Samhandlingsreform), jonka on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2012 alusta. Uudistus sisältäisi muutoksia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä Norjan kansanterveyslakiin. Tavoitteena on vahvistaa terveyspalveluja korjaavasta ehkäisevään ja edistävään suuntaan sekä tukea eri terveys- ja hyvinvointipalvelujen välistä yhteistyötä ja vahvistaa lähipalveluja. Uudistuksella pyritään lisäämään kuntien koordinaatiovastuuta ja kehittämään perusterveydenhuollon yhteistyötä niin sosiaalipalveluiden kuin erikoissairaanhoidon suuntaan.

Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tulee tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Tanskan tapaan kunnille suunnitellaan 20 %:n osavastuuta erikoissairaanhoidon rahoituksesta, kuitenkin siten, että valtio maksaa kunnille tähän käyttötarkoitukseen tarkoitettua tukea.

Tanskassa erityisesti vanhustenpalveluiden järjestämiseen on viime aikoina kiinnitetty huomiota. Vastuujärjestäjänä toimii paikallistaso eli kunnat. Kunnat määrittelevät vanhusten palvelujen tarpeen yksilöllisesti. Tavoitteena on kotona asuminen niin pitkään kuin mahdollista sekä fyysisen ja psyykkisen kunnon tukeminen. Hoivan peruserätyö kuuluu 'apua itsehoitoon' (help to self-help).

Vanhustenhuollon laatureformin myötä vanhusten hoidon laatua on pyritty parantamaan ja korostettu hoidon yksilöllisen tarpeen arviointia. Esimerkiksi hyviä hoitokäytäntöjä on pyritty levittämään nopeamassa aikataulussa toisiin hoitoyksiköihin. Vanhusten kotihoidon tason tiedetään kuitenkin vaihtelevan eri kunnissa.

Vanhusten palveluasumisen tarpeen määrittelee kunta. Palveluasumista on kehitetty korkea-tasoisemmaksi ja asumisratkaisuissa on asiakkaalla erilaisia vaihtoehtoja valittavanaan. Kunnat ovat määritelleet paikalliset standardit vanhuspalvelujen tuottajille, kansallisia standardeja ei ole. Kunnat eivät mielellään järjestä tarjouskilpailuja palvelujen tuottajille, koska eivät halua pienten yksityisten palvelutuottajien katoavan. Vaihtoehtona on myös palvelusetelin käyttö.

Ratkaisuina tulevaisuuden haasteisiin on mainittu mm. suuremmat ja kilpailukyysisemmät paikalliset yksiköt, byrokratian vähentäminen, laatutyö ja tehokkuuden lisääminen sekä monipuolisempi palvelutarjonta. Tavoitteena on myös sairaanhoidon ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen, jotta vanhusten kotiuttaminen sairaalahoidosta tapahtuisi entistä sujuvammin.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päämiehen, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Maakäräjät toimivat institutionaalisena rahoittajatahona myös silloin kun valtio osallistuu rahoitukseen esim. lääkekorvauksien suhteen. Teoreettisista lähtökohdista voidaan odottaa, että kun rahoitusvastuu ja järjestämisvastuu yhdistyvät mielekkäästi, järjestämistahon intressissä on seurata ja ohjata toimintaa kohti kustannus-vaikuttavuutta. Kokemukset niin Ruotsin lääkereformista kuin myöhemmin toteutetusta uudistuksesta, jossa vastuu yksityisille ammatinharjoittajille maksettavista korvauksista siirtyi kansalliselta sairausvakuutukselta maakäräjille, tukevat tätä käsitystä.

Ruotsin järjestelmäratkaisuiden heikkoudeksi voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio sosiaalitoimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat Ruotsissakin erityisesti vanhusten hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita. Lukemattomat tutkimukset ja kartoitukset ovat viitanneet asiakkaiden /potilaiden pallotteluun sosiaali- ja terveystoimen välillä, jolloin palveluiden tarpeessa olevat ovat myös saattaneet jäädä kokonaan ilman tarvitsemaansa apua.

6 TAVOITELINJAUKSET

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana on yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia riippumatta heidän sukupuolestaan, iästään, etnisestä tai kansallisesta alkuperästään, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteestään, vammastaan, terveydentilastaan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä. Oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa henkilöön liittyvät tekijät, kuten syntyperä tai ihonväri, eivät saisi vaikuttaa ihmisten mahdollisuuksiin päästä koulutukseen, saada työtä ja erilaisia palveluja - perusoikeudet kuuluvat kaikille.

Alueellisella yhdenvertaisuudella tarkoitetaan riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen saatavilla oloa koko maan alueella riippumatta siitä, missä ihminen asuu. Pääsy palvelujen piiriin kohtuullisessa ajassa silloin kun palveluja tarvitaan, tulee turvata koko väestölle. Pitkien etäisyyksien ja harvan asutuksen alueilla kohtuullinen aika voi luonnollisesti olla pitempi kuin tiheään asutuilla alueilla, mutta välttämättömien perustalvelujen tulee olla tosiasiallisesti saatavilla. Palvelurakenteen tulee olla sellainen, että se turvaa kaikille yhdenvertaisesti riittävät ja laadukkaat talvelut kohtuullisin kustannuksin. Palveluja on tarpeen räätälöidä yksilöiden ja paikallisten tarpeiden sekä alueellisten olosuhteiden mukaan.

Palvelujärjestelmän tulee kantaa kokonaisvastuuta alueen ihmisistä. Erityisen huolenpidon velvoite koskee heikoimmassa asemassa olevia väestöryhmiä, joilla on muita huonommat edellytykset huolehtia omista eduistaan tai oikeuksistaan.

2. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä toimii asiakaskeskeisesti

Asiakaskeskeisyys edellyttää asiakkaiden erilaiset tarpeet huomioivien rakenteiden vahvistamista ja kehittämistä. Järjestämisessä on otettava huomioon asiakkaiden omien käsitysten ja toiminnan kunnioittaminen sekä asiakkaan riittävä mahdollisuus palvelujen toteuttamiseen liittyviin valintoihin, kuten esimerkiksi palvelun toteuttamispaikkaan, etenemisen järjestykseen ja aikatauluun. Asiakkaiden kokemuksia tulisi pystyä hyödyntämään palvelujen toteuttamisessa. Palveluja annetaan usein vakiintuneilla, rutiininomaisilla toimintamalleilla tunnistamatta asiakkaan erilaisia tarpeita.

Asiakaskeskeinen toiminta perustuu tekemiseen yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin suhteet perustuvat avoimuudelle ja luottamukselle, ja syntyy mahdollisuuksia asiakkaan toimintavoiman kasvuun (empowerment). Asiakaskeisessä toiminnassa riippuvuussuhteita onnistutaan välttämään. Ihmisellä tulee olla mahdollisuus osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon aina kun se on mahdollista. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa eikä sitä saa rajoittaa muutoin kuin laissa säädettyin täsmällisin ja tarkkarajaisin perustein. Asiakas on palvelujen piirissäkin ollessaan subjekti ja häntä itseään koskevissa asioissa päätöksentekijä, ei objekti tai ”tapaus”.

Palvelujärjestelmän tulee olla läpinäkyvä niin että ihmisellä on mahdollisuus vertailla eri palveluiden laatua, hintaa ja saatavuutta. Palvelujen laadun parantaminen ja valinnanvapauden lisääminen edellyttävät, että läpinäkyvyys toteutuu. Valinnanvapautta laajennettaessa on huomioitava se, että kaikilla palvelun käyttäjillä ei ole voimavaroja valinnanvapauden täysimääräiseen käyttämiseen. Tämän vuoksi valinnanva-

pauden käyttämiseen on annettava riittävä tuki. Valinnanvapauden laajentuminen ei saa aiheuttaa eriarvoistumisesta palvelujen toteutumisessa.

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoitteena on vaikuttavuus ja kustannustehokkuus

Painopisteen siirto ennaltaehkäisevään toimintaan vahvistaa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä yhteiskuntaa. Tarvitaan poikkihallinnollista vaikuttamista sekä sitä tukevia rakenteita ja toimintamalleja, jotta hyvinvointi- ja terveysnäkökohdat kaikessa päätöksenteossa priorisoidaisiin. Oikein kohdennetut, vaikuttavat ehkäisevät palvelut ja oikea-aikainen tuki ovat aina halvempi tapa kuin raskas korjaava hoito. Esim. lasten ja nuorten kohdalla tulee tukea kaikin keinoin ehkäisevää toimintaa sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävää tekemistä (liikunta, kulttuuri, elinympäristön turvallisuus jne.)

Tavoitteet tulevaisuuden palvelujen turvaamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallinnasta voivat onnistua vain, jos palvelukysynnän kasvua onnistutaan hillitsemään. Tämä toteutuu parhaiten hyvinvointia ja terveyttä edistämällä sekä ongelmia ehkäisemällä. Vahvistamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä huolehtimalla toiminnan tehokkaasta toteutumisesta uudistuvissa rakenteissa voidaan pitkällä aikavälillä suuresti parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia, vähentää palvelujen tarvetta ja estää kustannusten kasvu yli käytettävissä olevien voimavarojen. Terve ja hyvinvoiva väestö on myös taloudellisen aktiivisuuden ja kasvun tärkeä osatekijä

4. Sosiaali- ja terveydenhuolto on alana vetovoimainen

Tulevaisuudessa kilpaillaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä, mutta myös opiskelijoiden saamisesta koulutukseen. Julkisen järjestämisvastuun kantavien tahojen tulee kyetä huolehtimaan siitä, että niiden palvelujen toteutuksessa mahdollisuudet ammattitaitoisen henkilöstön saamiseen ovat hyvät. Mahdollisuudet saada motivoituneita opiskelijoita sosiaali- ja terveydenhuollon koulutukseen paranevat, jos alan työpaikoilla on hyvä maine ja niihin halutaan töihin ja niissä myös pysytään.

On kiinnitettävä entistä enemmän huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työolosuhteisiin, johtamiseen ja työnjakokysymyksiin ja henkilökunnan jakamiseen. Henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen on nostettava toiminnan johtamisen ja kustannusten hallinnan rinnalle. Laadukas johtaminen edellyttää, että henkilöstö kokee johtamisen oikeudenmukaisena ja että työntekijöillä on riittävät mahdollisuudet vaikuttaa oman työnsä sisältöön, organisoimiseen ja kehittämiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työn haasteisiin pystytään parhaiten vastaamaan eri alojen ja ammattiryhmien yhteistyötä lisäämällä. Rakenneratkaisujen tulee tukea moniammatillista työn tekemistä ja kehittämistä, jotta alan vetovoimaisuutta lisätään.

7 RAKENNELINJAUKSET

Työryhmä esittää tässä jaksossa ne peruslinjaukset, joihin tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen olisi perustuttava. Peruslinjauksia on mahdollista painottaa eri tavoin. Jatkotyössä työryhmä tekee ehdotuksen järjestämistä koskevan lainsäädännön pääasialliseksi sisällöksi painottamalla näitä linjauksia keskenään väliraportista saadun palautteen perusteella.

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on päätettävä demokraattisesti

Sosiaali- ja terveydenhuollon ydintavoitteena on kaikkien asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertainen kohtelu. Tavoitteen toteutuminen edellyttää sitä, että eri väestöryhmien näkemykset otetaan huomioon päätöksiä tehtäessä. Järjestämisvastuu merkitsee vastuun kantamista ihmisten oikeuksien toteutumisesta ja toimivasta palvelujärjestelmästä. Demokraattisesti ohjattu päätöksenteko on paras tapa välittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon oikeutettujen tahto päätöksentekijöille. Tämä edellyttää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät ovat riittävän vahvoja tehdäksään aitoja poliittisia valintoja toiminnan sisällöstä suhteuttaen valinnat muihin yhteiskunnallisiin tarpeisiin yhdenvertaisuutta vaarantamatta.

2. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena

Hyvinvointi ja terveys korreloivat hyvin vahvasti. Monien väestöryhmien kuten iäkkäiden, mielenterveysasiakkaiden, päihdeasiakkaiden, lastensuojelun asiakkaiden ja vammaisten palvelut koostuvat sekä sosiaali- että terveyspalveluista. Heikoimmassa asemassa olevat väestöryhmät käyttävät terveyspalveluja muita väestöryhmiä vähemmän ja heidän terveydentilansa on usein huonompi. Tästä syystä väestön yleisen terveyden parantaminen edellyttää monissa tapauksissa panostamista heikoimmassa asemassa olevien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien yhtäaikaiseen ratkaisuun samassa palvelukokonaisuudessa.

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava osa muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa

Yhteiskunnan eri sektoreilla tehtävillä päätöksillä ja sektoreiden välisellä yhteistyöllä vähennetään sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon päätökset voivat olla merkittävämpiä ja tehokkaampia. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava aktiivinen toimija sektoreiden välisessä yhteistyössä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perustuu toimivaan ja joustavaan yhteistyöhön eri toimijoiden välillä. Systemaattisella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä ehkäisevää toimintaa ja varhaista puuttumista on mahdollista kohdentaa tehokkaasti. Kaavoituksen, rakentamisen, asumisen, liikenteen, koulutuksen sekä työvoimapolitiikan suunnittelussa on otettava aina huomioon päätösten vaikutukset terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Julkinen järjestäjä voi huolehtia palveluista tuottamalla palveluja itse, yhteistyössä muiden palvelujen järjestäjien kanssa tai hankkimalla palveluja muilta palvelujen tuottajilta. Palvelujen hankkiminen edellyttää julkiselta järjestäjältä riittävästi asian-
tuntemusta järjestettävistä sosiaali- ja terveyspalveluista sekä tähän pohjautuvaa han-
kinta-osaamista. Mahdollisuudet erilaisiin tuottamistapoihin vaihtelevat alueellisesti
ja väestöryhmittäin. Palvelujen järjestämisessä voidaan hyödyntää myös erilaisia
kumppanuusmalleja.

8. Palvelujen jatkuva kehittäminen on osa järjestämisvastuuta ja sitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti

Kehittäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja johtamista. Kehittämisen tulee lähteä arkityöstä ja sitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti. Alueellisena yhteistyönä tulee järjestää myös koulutusta.

9. Kansallisella ohjauksella on varmistettava väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu

Kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista päätetään viime kädessä lainsäädännöllä, joka on lähtökohtaisesti kansallista. Kansallisella normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksella turvataan väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu. Tästä syystä muun muassa alueelliset tulonsiirrot ovat välttämättömiä. Kansallista valvontaa tulee kehittää asiakasvaikuttavuuden ja hyötyjen valvontaan. Kansallisen ohjauksen on oltava läpinäkyvää ja sen on painotettava rakenteiden ohjaukseen eikä yksittäisten toimintamuotojen ohjaukseen. Toimintamuotojen valinta kuuluu palvelujen järjestäjälle.

8 RAHOITUSLINJAUKSET

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen on perustuttava pääosin verorahoitteiseen yhteisvastuuseen

Rahoituksen perustuessa pääosin verorahoitukseen osa valtiolta tulevasta rahoituksesta perustuu progressiivisuuteen, jolloin suurituloiset osallistuvat tältä osin muita enemmän rahoitusvastuun kantamiseen. Lisäksi valtiolta tuleva rahoitus pysynee tulevinakin vuosina suurimmalta osalta yleiskatteisena, jolloin palvelujen järjestämisvastuussa olevalla on mahdollisuus kohdentaa valtiolta ja muista lähteistä tulevaa rahoitusta alueensa väestön palvelutarpeiden pohjalta.

Verorahoituksen ratkaisun muita etuja yksityisvakuutuksen nähden ovat sen pienet hallinnolliset kustannukset, parempi kestävyys talouslaman tilanteissa sekä se, että se ei valikoi palvelujen asiakkaita heidän sairastumisriskinsä tai maksukykynsä perusteella. Kansainvälinen kokemus osoittaa, että vakuutusperusteisissa rahoitusjärjestelmät ovat yleensä kustannuksiltaan kalleimpia.

2. Asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät saa estää tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa

Maksupolitiikalla (maksuilla/omavastuuilla) voidaan jossain määrin ohjata sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Tämän haittapuolena on ensinnäkin se, että maksut voivat estää tarpeellisten palvelujen käyttöä tai suunnata sitä hoidollisesti vähemmän tarpeelliseen käyttöön. Toiseksi palvelujen käyttö aiheuttaa monille kohtuuttoman ison kuluerän, joka voi vaarantaa toimeentuloa ja jonka kompensoiminen yhteiskunnan muilla toimenpiteillä on hallinnollisesti työläistä ja vaikeasti hallittavaa. Kaikki terveyspalveluihin liittyvät maksut ja omavastuuosuudet ovat regressiivisiä. Asiakkaalle

tulevaa rahoitusvastuuta kohdennettaessa on varmistettava, että maksut eivät estä tarpeen mukaista palvelujen käyttöä ja että vältetään kohtuuttomat maksurasitteet asiakkaalle ja tarpeettomat kustannukset maksuhallinnointiin.

Maksujen kohtuullistamiseen tähtäävä maksukattomenettely edellyttää sähköistä, eri osapuolet yhteensopivasti kattavaa tietojärjestelmää. Tällainen järjestelmä mahdollistaa samalla palvelujen rahoituksen regressiivisyyden lievittämisen.

3. Rahoituksen on oltava läpinäkyvää väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle

Rahoitusratkaisut eivät saa heikentää palvelu- ja rahoitusjärjestelmän läpinäkyvyyttä, hallintaa, ohjattavuutta ja tehokkuutta.

Rahoitusratkaisujen periaatteiden, sisällön ja toiminnan tulee olla selkeät ja läpinäkyvät palvelujärjestelmän eri osapuolille. Lisäksi rahoitusratkaisujen tulee olla väestön tuntemia ja hyväksymiä. Väestön tulee saada tietoa palvelulohkoittain ja myös tuottajakohtaisesti palvelujen saatavuudesta, laadusta, tuottamiskustannuksista ja asiakkaille tulevista rahoitusosuuksista. Selkeys ja läpinäkyvyys ovat tärkeitä myös palvelujen tuottajien, niiden järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kuin myös valtakunnallisen ohjauksen kannalta.

4. Rahoituksen on kannustettava vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen (sovittu laatutaso, hallinnollinen tehokkuus, myös asiakkaan vastuunotto)

Palvelujen järjestämisvastuussa olevan toimijan tulee haluta ja osata vaatia palvelujen tuottajille kohdentamilleen rahoille vastinetta eli hyvää palvelujen saatavuutta ja laatua kohtuullisin kustannuksin. Järjestämisvastuussa oleva toimija voi tarjota rahallisia ja muita kannusteita palvelujen tuottajalle paremman vastineen saamiseksi, jolloin tuottajan saama rahallisessa korvauksessa palvelujen toimivuus- ja laatutekijät painotuvat tuotettujen palvelujen määrien ohella.

Rahoitusratkaisujen tulee olla hallinnollisesti hyvin toimivia ja hallintokuluiltaan kevyet.

5. Rahoituksen ei tule mahdollistaa osaoptimointia

Asiakasta koskeva hoitopäätös tulee perustua hoidon tarpeeseen, ei siihen mikä taho rahoittaa annettavan palvelun. Palvelujen järjestämisvastuussa olevalla toimijalla ei tule olla taloudellista tai muuta kannustetta siirtää hoito- ja rahoitusvastuuta muille. Vastaavasti palvelujen tuottajalla ei tule olla kannusteita siirtää suuria tuottamiskustannuksia aiheuttavia asiakkaitaan toisille tuottajille tai valikoida asiakaskuntaansa.

Rahoitusratkaisujen tulee tukea sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden toteutumista.

9 TYÖRYHMÄN EHDOTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISEKSI

Työryhmän raportin luvuissa 6, 7 ja 8 esitetään ne tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjaukset, joille tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tulisi pohjautua. Linjausten taustalla on työryhmän tekemä arvio sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilan vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista (luku 3.3). Nykytilan arvio sekä työryhmän tavoite- ja rakennelinjaukset julkaistiin 29.12.2010 väliraporttina, joka laitettiin laajalle lausuntokierrokselle. Väliraportista annetuissa lausunnoissa kannatettiin työryhmän linjauksia laajasti.

9.1 JÄRJESTÄMISVASTUU JA SEN TOTEUTTAMISEN EDELLYTYKSET

Riippumatta siitä, millaiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuus lopulta muodostuu, työryhmä pitää tärkeänä määritellä järjestämismääräyksen sisältö ja sen edellytykset. Nykyisessä lainsäädännössä järjestämismääräyksiä ei ole selkeästi määriteltä eikä myöskään ole arvioitu sitä, millä edellytyksillä hajautettu järjestämismääräys voi toteutua.

Työryhmä esittää, että järjestämismääräys määritellään tarkemmin lainsäädännössä siten, että se sisältää seuraavat osatekijät:

Järjestämismääräyksessä olevalle taholle kuuluu omalta osaltaan vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Vastuuseen sisältyy:

- *vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä*
- *vastuu julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä*
- *vastuu tuotannon seurannasta ja valvonnasta*
- *vastuu järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta*
- *vastuu voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta*
- *vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä*

Jotta järjestämismääräys voisi toteutua, edellyttää se järjestämistaholta työryhmän näkemyksen mukaan seuraavia ominaisuuksia:

- *itsenäinen valmistelu-, päätöksenteko- ja toimeenpanokyky*
- *mahdollisuus tuotantotapojen valintaan*
- *mahdollisuus poliittisesti arvotettuihin linjausvalintoihin*
- *kyky vertikaaliseen ja horisontaaliseen yhteistyöhön*
- *kyky rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävä osa omalla tulorahoituksellaan*
- *riittävä väestöpohja ennustettavuuden kannalta*
- *kyky ohjata kokonaisuutta*

9.2 TYÖRYHMÄN ARVIOIMAT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISMALLIT

Työryhmä tarkasteli rakennelinjaustensa pohjalta mahdollisina sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismalleina seuraavia perusratkaisuja:

- A) Nykyinen kuntarakennemalli, jossa kuntien määrä pysyy suurin piirtein ennallaan ja kuntien välinen yhteistyö pohjautuu puitelain vaatimuksiin ja vapaaehtoisuuteen.
- B) Vahva kuntamalli, jossa kaikki kunnat ovat riittävän suuria siten, että itsenäisen päätöksenteko, riittävän sosiaali- ja terveydenhuollon ammat-tiosaamisen sekä kilpailukyvyn varmistaminen on mahdollista.
- C) Kuntien lakisääteisen yhteistyön lisäämisen malli, jossa kuntarakenne pysyisi nykyisellään, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisraken-teesta säädetään lailla.
- D) Maakuntamalli, jossa kuntarakenne pysyy nykyisellään ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen hoidetaan maakunnallisesti.
- E) Itsenäinen alueellinen toimija, jossa alueelliset vaaleilla valitut valtuustot vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja omaavat myös ve-rotusoikeuden.
- F) Kansallisesti keskitetty malli, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjes-täminen ja rahoitus on valtiolla.
- G) Rahastomalli, jossa valtiollinen vakuutuslaitos vastaisi sosiaali- ja ter-veydenhuollon järjestämisestä ja palveluja tuotettaisiin suurin piirtein ny-kyisillä rakenteilla.

Kun työryhmä arvioi edellä esitettyjä vaihtoehtoja aikaisemmin tekemiensä tavoite- ja rakennelinjausten sekä myöhemmin laatimiensa rahoituslinjausten perusteella, jatko-työn kannalta ei pidetty mahdollisena jatkaa nykyisellä mallilla (malli A). Nykyises-sä tilanteessa vain harvoilla kunnilla on tuleviin haasteisiin vastaamiseksi riittävästi edellytyksiä järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Demokraattinen päätöksenteko on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta monissa kunnissa näennäistä, koska kunnat ovat siirtäneet järjestämisvastuun erilaisille kuntien yhdessä muodostamille ja usein mo-nimutkaisille hallintoelimille. Sosiaali- ja terveydenhuolto on irtaantunut muusta pää-töksenteosta ja rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat erillään. Kunnissa puuttuu myös muun muassa kehittämis- ja tilaajaosaamista. Nykyinen kuntarakenne ei siten mah-dollista työryhmän esittämien rakenne- ja rahoituslinjojen toteuttamista.

Kansallisesti keskitettyjen mallien F ja G todettiin huonoiten tukevan työryhmän yksimielisesti kirjaamia tavoite ja rakennelinjauksia. Erityisesti työryhmä piti huono-na sosiaali- ja terveydenhuollon irtautumista kuntien muusta hyvinvoinnin ja tervey-denenedistämiseen liittyvästä päätöksenteosta. Kansalliset mallit edellyttäisivät myös työryhmän ensimmäisen rakennelinjauksen eli demokraattisen päätöksenteon sekä päätösten toimeenpanon selkeyttämistä valtakunnallisessa organisaatiossa. Nykyisin valtakunnallinen demokraattinen päätöksentekuelin on eduskunta, joka on kuitenkin lainsäätäjä eikä omaa toimeenpanovaltaa. Esitetyissä valtakunnallisissa malleissa kunnilla ei olisi roolia lainkaan tai kuntien rooli jäisi epäselväksi, koska kunta ei olisi

järjestämisvelvollinen eikä se myöskään voisi luonnollisella tavalla kilpailla palvelutuottajana yksityisten palvelujentuottajien kanssa.

Edellä esitetyn sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteuttaminen edellyttää vahvaa toimijaa. Riittävän iso kunta täyttää parhaiten järjestämisvastuun edellytykset. Koska työryhmän tehtävänä on tarkastella ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, se ei voi ottaa yksityiskohtaisesti kantaa kuntarakenteeseen. Kuntarakennetta koskevat ratkaisut tehdään samassa yhteydessä kun linjataan koko kunnallishallinnon tulevaisuutta. Tässä työssä on yhteen sovitettava ne tarpeet, joita eri sektoreilta kohdistuu kuntarakenteeseen. Nykyisin kuntien toimintamenoista sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat selvästi yli puolet. Kuntarakennetta ja koko kunnallishallinnon tulevaisuutta selvittävässä jatkotyössä on arvioitava, mikä paino uudistamisessa annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle.

Työryhmän näkemyksen mukaan

vahva kunta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko yhdistyy kunnan muuhun päätöksentekoon, olisi ideaalinen malli järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto.

9.3 KUNTARAKENTEEN KEHITYKSESTÄ RIIPPUVAI- NEN VAIHTOEHTOISTEN MALLIEN TARKASTELU

Työryhmän toimeksiantona on tehdä esitykset tulevasta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteesta. Jäljempänä esitetyt ehdotukset on tehty keskittyen sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmaan ja palvelurakenteeseen. Lähtökohtana on siten ne tarpeet, joita sosiaali- ja terveydenhuollosta huolehtimisesta seuraa tuleville palvelurakenteille. Keskeiset tarpeet ja periaatteet on kuvattu edellä työryhmän tekemissä tavoite- ja rakennelinjauksissa. Tarkoituksena on jatkossakin, muuttuvista väestön tarpeista ja toteuttamisen mahdollisuuksista huolimatta, turvata oikeus yhdenvertaisiin ja riittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Valtiovarainministeriössä on käynnistynyt kuntalain kokonaisuudistuksen valmistelu, jota on kuvattu tarkemmin edellä jaksossa 1.2. Jatkossa kyseisen työn yhteydessä tulee ottaa kantaa kunnallishallinnon rakenteiden uudistamiseen siten, että tässä raportissa esitetyt sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet otetaan huomioon ja yhteen sovitetaan ne rakenteisiin liittyviin muiden sektoreiden tarpeiden kanssa. Tavoitteena tulee olla kokonaisuudistus, jonka avulla koko kuntasektorin palveluista ja muista toimista pystytään pitkällä tähtäimellä huolehtimaan parhaalla mahdollisella tavalla. Kuntalain uudistuksessa voidaan päätyä painottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen sijaan joitain muita tarpeita tai periaatteita, jolloin kuntarakenne ei välttämättä optimaalisella tavalla tue sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Tällaisessakin tilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on uudistettava oman tehtävänsä hoitamista varten siten, että perustuslain turvaama oikeus kaikille yhdenvertaisesti tarvitsemiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja tukiin taataan.

Tässä raportissa ei ole tarkoitus, eikä työryhmän toimivallan puitteissa edes mahdollista, ottaa kantaa kunnallisen tai alueellisen hallinnon jaotuksiin taikka kunnallisen tai alueellisen itsehallinnon määritelmään ja edellytyksiin. Näiden perustuslaistaikin johtuvien reunaehtojen huomioon ottaminen tai mahdollisten rakenteiden uudis-

tustarpeista nousevien perustuslain muutosten esittäminen kuuluu kuntalain kokonaisuudistustyön yhteyteen. Koska nyt käsillä olevan työn tarkoituksena on tuoda esiin rakenteisiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet, ei tässä yhteydessä ole tarkoituksenmukaista ottaa erikseen kantaa ehdotettujen eri vaihtoehtojen mahdolliseen poliittiseen toteutettavuuteen, vaan myös tämä on tarkoituksenmukaista arvioida samalla, kun kunnallishallinnon kokonaisuudistusta tehdään.

Koska työryhmän tehtävänä ei ollut arvioida kuntarakennetta, on se pyrkinyt hahmottamaan toimivimpia vaihtoehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi ottaen huomioon kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta olennaiset tilanteet, joihin kuntarakenteen uudistuksessa voitaisiin päätyä. Riippuen siitä, miten vahvoja kuntia tulevaisuudessa on, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä päädytään joko yksi – tai useampiportaisesti järjestettyyn palvelurakenteeseen.

Yksitasoiseen järjestämisvastuuseen perustuva palvelurakenne merkitsisi sitä, että lähtökohtaisesti kokonaisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta olisi edellä mainitut edellytykset täyttävällä kunnalla tai alueella ja kansallisesti keskitettävät erityistason tehtävät toteutettaisiin velvoittamalla jotkin järjestäjäorganisaatioista valtakunnallisella ohjauksella määrättyjen tehtävien tuottajiksi. Yksitasoinen palvelujärjestelmä on mahdollinen vain silloin, kun järjestämisvastuussa oleva taho voi vastata koko sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Yksitasoisen palvelurakenteen vahvuus olisi asiakkaan palveluprosessin kokoaminen yhden johdon alaisuuteen. Vastuu asiakkaan palveluista olisi aina selkeä eikä asiakas putoaisi palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Yksitasoisessa rakenteessa myös vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluisi samalle toimijalle silloin, kun järjestämisvastuussa sosiaali- ja terveydenhuollosta on kunta. Järjestelmän kehittämistä ja voimavaroja voidaan tällöin kohdentaa kokonaisuuden kannalta tehokaimmalla mahdollisella tavalla. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset hallinnolliset rajat poistuvat, kun koko järjestämisvastuu on yhdellä viranomaisella. Yksi päätöksentekijä - yksi johtaja - yksi budjetti - periaate toteutuisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä pitkälle erityistason palveluihin asti.

Kun tarkastellaan järjestämisvastuuta yksitasoisessa palvelurakenteessa, on otettava huomioon asiakkaan palveluprosessien eri osien kokoaminen yhdeksi kokonaisuudeksi. Toimijoiden kokonaisvastuuta määritettäessä on arvioitava mitkä toiminnot vaativat keskittämistä. Näitä ovat esimerkiksi vaativaa erityisosaamista, erityisen kalliita investointeja sekä erityisen kalliita palveluratkaisuja vaativat tehtävät. Keskeisin yksitasoisen palvelurakenteen vastuuorganisaatioiden määrää linjaava perustehtävä on kattavan ympärivuorokautisen operatiivisen päivystystoiminnan toteuttaminen. Suomen väestö ja maantiede huomioon ottaen tällaisia järjestämisvastuussa olevia organisaatioita voisi olla korkeintaan alle 20 kappaletta. Hajauttaminen useampaan toimintayksikköön ei olisi erityispalvelujen vaativan osaamisen ja teknisten resurssien kokonaiskäytön kannalta tehokasta.

Sosiaalihuollon järjestämisvastuun keskittämistä vaativia erityisosaamista tai -resursseja tarvitsevia palveluja ovat mm. sosiaalipäivystys, joka selvitysten mukaan voitaisiin toteuttaa 10 järjestämisvastuutaholla. Muita vastaavalla tavalla laajempia väestöpohjia vaativia sosiaalihuollon palveluja ovat tietyt lastensuojelupalvelut ja muut lasten ja nuorten palvelut, kuten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito, erityisen huolenpidon yksiköt, koulukodit ja huumehoito lasten ja nuorten palveluissa, väkivallan katkaisu- ja jatkohoito erityisryhmille, kotimaiset ja ulkomaiset adoptiopalvelut neuvontaa lukuun ottamatta, erittäin vaativat huostaanotto- ja sijoitusratkaisut esim. ennen syntymää tapahtuvat huostaanotot, raskaana olevien päihdeäitien

hoito ja kuntoutus sekä osa pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten kuntoutuspalveluista. Myös päivähoidossa on erityispalveluja, joiden järjestämistä laajemmalla väestöpohjalla tulisi selvittää. Lisäksi päihdepalveluissa laajempaa väestöpohjaa edellyttävät tahdosta riippumaton päihdehoito, joissakin tapauksissa kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutus sekä erityistason päihdepalvelut. Vammaispalvelujen osalta vastaavia palveluja ovat erityisryhmien kuten näkö-, kuulo-, monivammaisten kuntoutuspalvelut, pienten erityisryhmien laitoshoido- ja kuntoutus sekä vaikeavammaisten erikoistunut kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus. Kehitysvammaisten erityispalveluja tarvitaan kehitysvammapsykiatriassa, joka on vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisaluetta. Tähän kuuluvat rikoksesta tuomitsematta jätettyjen kehitysvammaisten palveluratkaisut aikana, jolloin heidät on määrätty hoitoon. Myös muun vastentahtoisien huollon tasosta huolehtiminen sekä pakkotoimien käytön ohjaus ja seuranta kuuluvat erityisosaamista vaativiin tehtäviin. Iäkkäiden palveluissa psyko- ja päihdegeriatrian alueella on erityistason kuntoutusta ja hoitoa, jonka osaamisen on perusteltua olla keskitettyä. Muistisairaiden määrän kasvu asettaa uusia vaatimuksia myös ikääntyneiden erityispalveluille ja kuntoutukselle. Vaikeiden ja lyhytaikaisten käytösoireiden hoito edellyttää laajempaa väestöpohjaa. Sosiaalihuollon laajempaa väestöpohjaa edellyttävät palvelut voidaan toteuttaa osin niin sanottuina liikkuvina palveluina siirtämällä osaamista lähipalveluihin. Lisäksi monilta osin edellä esitetyissä palveluissa on kyse toimista, jotka edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteää yhteistyötä.

Yksitasoinen palvelurakenne voidaan toteuttaa suoraan kuntien vastuuseen perustuen silloin, jos järjestämisvastuussa olevia kuntia olisi alle 20.

Vahvoin kuntiin perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen voisi toteutua myös siinä tilanteessa, että kuntia olisi 30–50. Tämä kuitenkin edellyttäisi sitä, että erityistason palvelut järjestettäisiin kuntien yhteistyönä esimerkiksi kuntayhtymäpohjalta. Palvelujärjestelmän kokonaisuuden varmistamiseksi kunnille tulisi luoda vahva ohjaus erityispalveluihin. Asiakkaan palvelukokonaisuus on oltava hallittavissa ja osaoptimointimahdollisuudet tulee voida minimoida. Erityistason kokonaisuudesta vastaavia järjestäjiä tulee olla 5. Kuntien tarvitsema erityistason tuki vaihtelee kuntien oman palvelusisällön mukaan siten, että suurimmat kunnat tarvitsevat erityistasolta vain marginaalisen lisän omaan palvelukokonaisuuteensa, kapeaa erityisosaamista vaativat palvelut. Pienemmät kunnat tarvitsevat myös usein tarvittaviin erityispalveluihin, kuten ympärivuorokautiseen päivystykseen, erityistason tuen.

Jos kuntia on enintään 50, ovat kunnat riittävän vahvoja vastaamaan edellä mainittujen edellytysten mukaisesti perustasosta sekä osasta erityispalveluja itse. Koska kuntien väestömäärä jää kuitenkin osittain varsin pieneksi, tarvitaan tiettyihin erityispalveluihin yhteiset palvelurakenteet. Kuntien lukumäärän ollessa noin 50 tarvitaan myös kalliiden erityispalvelujen tasausjärjestelmä, joka on toteutettavissa yhdessä järjestettävällä erityistasolla. Kun kuntamäärä on enintään 50, olisivat kunnat riittävän kantokykyisiä rahoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon. Tällöin kunnan talouteen ei aiheudu haitallisen suuria vuosittaisia muutoksia sosiaali- ja terveystalouden tarpeen satunnaisvaihtelusta tai kunnan tulojen heilahtelusta. Lisäksi erityistason hallinnollisesta ohjaamisesta vastaavien organisaatioiden lukumäärän ollessa rajoitettu, voidaan ajatella erityistason ohjaukseen olevan aitoja mahdollisuuksia.

Mikäli kuntien määrä olisi huomattavasti enemmän kuin 50, suurin osa kunnista ei pysty yksin vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollosta, vaan kuntien pitäisi muodostaa yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa alle 20–50 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisorganisaatiota. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tulisi siirtää kokonaisuudessaan näille alueellisille toimijoille vastaavasti kuin Paras-hankkeessa

oli tarkoituksena. Tätä alueellista järjestämisvelvollisuutta tulisi tukea myös rahoitusratkaisuin.

Sekä yksitasoisessa mallissa että jäljempänä ehdotetuissa muissa järjestämispohjaa merkittävästi vahvistavissa malleissa on väestön ja asiakkaan kannalta lisäksi seuraavia etuja:

- Kielellisten ja kulttuuristen oikeuksien toteutuminen paranee, kun näihin liittyvää erityisosaamista voidaan kehittää.
- Suuri väestöpohja riittää tasamaan kustannusvaihteluja myös hyvin kalliissa tai pitkäaikaisissa palveluissa ja asiakkaiden palvelujen yhdenvertainen saatavuus paranee.
- Rekrytointimahdollisuudet ja mahdollisuudet henkilöstön erikoistumiseen ja täydennyskoulutukseen paranevat organisaation kasvun myötä, jolloin asiakkaan palveluihin voidaan saada entistä osaavampia asiantuntijoita. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa voidaan koota ja vahvistaa asiakkaan palvelujen laadun parantamiseksi.
- Aiempaa harvempiin organisaatioihin on mahdollista rekrytoida osaavimmat johtajat
- Järjestämisalueen laajetessa asiakkaalle voidaan tarjota useampia vaihtoehtoisia palveluyksiköitä
- Resurssien kokoaminen mahdollistaa teknologian paremman hyödyntämisen ja esim. sähköisen asioinnin kehittämisen kuten myös muiden innovaatioiden hyödyntämisen.

Laajan järjestämispohjan riskejä ovat:

- Palvelujen saavutettavuutta voidaan heikentää lähipalvelujen supistamisen kautta
- Paikallisten olosuhteiden tuntemus voi heikentyä
- Suurten organisaatioiden mahdolliset kitkatekijät ja toimintojen mahdollinen siiloutuminen
- Myös suuret organisaatiot vaativat hyvää johtamista eikä laajastakaan järjestämispohjasta saada hyötyä, jos prosesseja ei saada toimimaan

9.4 EHDOTUKSET VAIHTOEHTOISIKSI JÄRJESTÄMISMAALLEIKSI

Seuraavassa on ehdotettu sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallit, joilla luotaisiin keskeiset edellytykset kattavan ja laadukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi väestölle. Ehdotetut mallit toteuttavat työryhmän asettamia tavoitelinjauksia yhdenvertaisuudesta, asiakaskeskeisyydestä, vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuudesta sekä alan vetovoimaisuudesta. Väestön ja yksittäisen asiakkaan lakisääteiset oikeudet ja asianmukainen kohtelu voivat toteutua koko maassa vain, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen perusta on riittävän vakaa.

Palvelurakenteesta säädettäisiin tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa laissa. Väestön ja asiakkaiden oikeudet ja kuntien velvoitteiden sisältö eri tehtäväalueilla säänneltäisiin jatkossakin sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä. Samoin asiakasmaksujen ja palvelusetelin omavastuun perusteet määriteltäisiin erityislaeissa. Valittavasta järjestämismallista riippumatta palveluja voidaan tuottaa lähipalveluina, alueellisesti tai kansallisesti keskitettyinä tai joiltakin osin sähköisinä palveluina.

Järjestämismallista riippumatta asiakkaan palvelut voi tuottaa julkinen sektori, yksityiset yritykset tai kolmas sektori. Rakenteen vahvistaminen kuitenkin parantaisi myös mahdollisuuksia eri tuotantotapojen hyödyntämiseen. Isompi kuntaorganisaatio on itse houkuttelevampi työnantaja ja myös osaavampi palvelujen hankkija tai palvelusetelimallien suunnittelija. Isommassa organisaatiossa pystytään myös kokoamaan osaaminen ja palvelut siten, että kielelliset erityistarpeet ja oikeudet kyetään nykyistä paremmin toteuttamaan.

Uudistuksesta riippumatta väestöllä on lisäksi mahdollisuus hankkia markkinahintaisia yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja.

Kuntapohjainen järjestämismalli tuo järjestämisalueen asukkaille mahdollisuuden demokraattisen päätöksenteon kautta vaikuttaa oman sosiaali- ja terveydenhuoltonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Vakaa ja riittävän suuri järjestämis pohja voisi uudistuksen vakiinnuttua mahdollistaa myös valtion lainsäädäntöohjauksen väljentämistä tai ainakin poistaa tarvetta sääntelyn tiukentamiseen. Tämä tukisi kuntien asukkaiden itsehallintoa.

Sosiaali- ja terveydenhuolto voidaan järjestää usealla tavalla. Koska kuntarakenne on merkityksellinen erilaisten vaihtoehtojen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytännöissä, on seuraavassa hahmotettu erilaisia vaihtoehtoja kuntakentässä mahdollisesti tapahtuviin sellaisiin muutoksiin, joilla voi olla merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta.

Tulevaisuuden vaihtoehdot, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytännöissä tulisi varautua:

Vaihtoehto A: kuntarakennetta ei juurikaan uudistettaisi tai sitä uudistettaisiin hyvin vähäisessä määrin

Vaihtoehto B: kuntarakennetta uudistettaisiin kokonaisuutena selkeästi nykyistä suurempiin kuntiin sekä

Vaihtoehto C: kuntarakennetta uudistettaisiin mahdollisimman optimaaliseksi väestön tarvitseman sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen kannalta tarkasteltuna,

Työryhmä korostaa, että seuraavat ehdotukset on tehty puhtaasti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja kansalaisten perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Jatkotyössä on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, ovatko seuraavat mallit kunnan asukkaiden itsehallinnon kannalta mahdollisia. Tämä merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen liittyy kunnallishallinnon rakenteen tuleviin linjauksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuolto tulisi näissä vaihtoehtoissa työryhmän mielestä toteuttaa seuraavasti:

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISEN VAIHTOEHDOT:

Vaihtoehto A: KAKSITASOINEN KUNTA- JA ALUEMALLI

- Kaksitasoinen kuntapohjainen järjestelmä, jossa kuntien muodostama alue tai suuri kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa tai alueella on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueet ja suuret kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuisi alueratkaisuissa kuntien ja alueen yhteistyönä. Perustasosta vastaavia kuntien muodostamia alueita tai suuria kuntia olisi yhteensä vajaasta 20 noin 50:een ja erityistasosta vastaavia alueita 5.
 - Kansallisesti säädettäisiin valtakunnallisesti keskitettävien tehtävien hoitamisesta.
 - Pienten kuntien muodostaessa perustason järjestämisalueen, sosiaali- ja terveydenhuolto irrotettaisiin muusta kunnallisesta päätöksenteosta ja sitä tuettaisiin jäljempänä esitetyllä rahoitusratkaisulla
 - Vahva sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen perustason integraatio. Alueilla ei sosiaali- ja terveydenhuollon suoraa yhteyttä muuhun kunnalliseen päätöksentekoon. Ei täytä työryhmän linjausta, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää yhtenä kokonaisuutena, koska erityispalvelujen järjestäminen on erillään kokonaisuudesta.
 - Täyttää muut työryhmän linjaukset.
- *Vaikka kaksitasoisen palvelujärjestelmän hallinta tasapainoisena kokonaisuutena on yksitasoista järjestelmää vaikeampaa ja vaikka palvelujen asiakaskeksisyyttä voi uhata järjestämisvastuiden jakautuminen eri organisaatioille, on vajaan 20-50 perustason alueella selkeästi nykyistä vahvemmat edellytykset huolehtia väestön sosiaali- ja terveydenhuollosta ja asiakkaiden tarpeenmukaisista palveluista.*

Vaihtoehto B: KAKSITASOINEN KUNTAMALLI

- Kaksitasoinen kuntapohjainen järjestelmä, jossa kunta olisi yksin järjestämis- ja rahoitusvastuussa hyvinvoinnin- ja terveydenedistämisestä, perustasosta sekä erityispalveluista, jotka kunnassa on tarkoituksenmukaista itse hoitaa. Alueen kunnat vastaisivat yhdessä muista erityistason palveluista.
- Kuntia olisi noin 30-50 ja yhteisistä erityistason palveluista vastaavia alueita 5
- Kansallisesti säädettäisiin valtakunnallisesti keskitettävien tehtävien hoitamisesta
- Vahva sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen perustason integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon perustason yhteys muuhun kunnalliseen päätöksentekoon
- Ei täytä työryhmän linjausta, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää yhtenä kokonaisuutena, koska erityispalveluiden järjestäminen on erillään kokonaisuudesta. Muilta osin täyttää työryhmän määrittelemät rakennelinjaukset.

- *Vaikka kaksitasoisen palvelujärjestelmän hallinta tasapainoisena kokonaisuutena on yksitasoista järjestelmää vaikeampaa ja vaikka palvelujen asiakaskeskeisyyttä voi uhata palvelu- ja hoitovastuiden jakautuminen eri organisaatioille, on 30-50 kunnalla selkeästi nykyistä vahvemmat edellytykset huolehtia väestön sosiaali- ja terveydenhuollosta ja asiakkaiden tarpeenmukaisista palveluista.*

Vaihtoehto C: YKSITASOINEN KUNTAMALLI

- Yksitasoinen kuntapohjainen järjestelmä, jossa kunta olisi järjestämis- ja rahoitusvastuussa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä hyvinvoinnin- ja terveydenedistamisestä
 - Perus- ja erityispalveluiden järjestämisestä vastaavia kuntia olisi alle 20
 - Kansallisesti säädettäisiin kuntien välisten valtakunnallisesti/alueellisesti keskitettävien tehtävien hoitamisesta
 - Vahva perustason ja erityistason integraatio samoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäinen integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys muuhun kunnalliseen päätöksentekoon
 - Täyttää kaikki työryhmän määrittelemät rakennelinjaukset.
- *Kunnat pystyisivät itse huolehtimaan väestönsä tarvitseman koko sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen tasapainoisesta ja yhdenvertaisesta kohdentamisesta sekä palvelujen asiakaskeskeisestä toteuttamisesta.*

9.5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSTA KOSKEVAT EHDOTUKSET

Työryhmä on linjannut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteiksi yhdenvertaisuuden, asiakaskeskeisyyden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden sekä alan vetovoimaisuuden. Rahoituslinjausten yhdessä rakennelinjausten kanssa tulee tukea näihin tavoitteisiin pääsemistä mahdollisimman selkeästi. Nykyisen rahoitusjärjestelmän toimivia osia tulee hyödyntää samalla, kun keskeiset ongelmat, erityisesti monikanavaisuuteen liittyen, tulee pyrkiä poistamaan. Työryhmän mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen on oltava samoissa käsissä. Rahoituksen tulee tukea mahdollisimman selkeästi järjestämisvastuuta sekä kokonaisuuden hallintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen osalta työryhmä esittää, että

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoittamista koskevat uudistukset on toteutettava samanaikaisesti. Järjestämistä koskevat rakenteelliset muutokset edellyttävät niitä tukevia rahoituksen muutoksia ja toisaalta rahoitusmuutoksia ei tule toteuttaa nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteeseen tukeutuen.

Laskennalliset valtionosuudet tulisi maksaa suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon ensisijaisesti järjestämisestä vastaavalle kunnalle. Kun järjestämisvastuu siirtyy alueelliselle toimijalle kokonaisuudessaan, järjestämisalueen kunnat eivät tee erisisältöi-

siä järjestämissopimuksia alueellisen toimijan kanssa. Vaihtoehdossa A olisi siten perusteltua yksinkertaistaa alueen jäsenkuntien maksuosuudet kapitaatioperusteisiksi. Lisäksi valtionosuusjärjestelmään tulee sisällyttää kustannustehokkaaseen palveluiden järjestämiseen tähtääviä kannusteita.

Terveys- ja huollon julkinen lakisääteinen rahoitus toteutuu nykyisin kolmen kanavan kautta. Kunnat rahoittavat tuloillaan ja saamiensa valtionosuuksien avulla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Kansaneläkelaitos rahoittaa sairausvakuutuksen kautta yksityishenkilöiden ostamia lääkkeitä ja yksityisen terveydenhuollon palveluja sekä yhdessä työnantajien ja työntekijöiden kanssa työterveyshuoltoa.

Ensivaiheessa olisi tarkoituksenmukaista siirtää kunnallisen rahoituksen piiriin sellaiset sairausvakuutuksesta rahoitetut palvelut, jotka sisältönsä puolesta vastaavat kuntien järjestämisvastuulla olevia palveluja, rikkovat palvelujen saumattomuutta, aiheuttavat eniten kustannusvastuun siirtoja ja mahdollistavat osaoptimoinnin. Tällaisia olisivat lääkärin palkkiot, tutkimuksen ja hoidon korvaukset sekä hammashuollon korvaukset sekä Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisen kuntoutuksen tuet, joissa asiakkaan saumaton palveluketju perustasolta kuntoutukseen jakautuu kunnalle ja Kelalle. Matkakustannusten korvaukset olisi perusteltua siirtää muun terveydenhuollon rahoituksen yhteyteen, jotta järjestäjätaho pystyy arvioimaan palvelujen järjestämisestä aiheutuvia kokonaiskustannuksia.

Sairausvakuutuksen rahoituksen siirtäminen kuntien valtionosuuksiin ei sinänsä muuttaisi yksityisten terveystalusten tuottajien asemaa palvelujen tuottajina. Ihmiset voisivat edelleen valita yksityisen palveluntuottajan omalla kustannuksellaan. Sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavan tahon tarkoituksenmukaisuusharkintaan jäisi sairastuvakorttikorvausten valtionosuuksia vastaavan osuuden kohdentaminen palvelutuotannossa. Kunta voisi työryhmän linjausten mukaisesti edelleen tuottaa palvelut itse tai ostaa ne ulkopuolelta. Uudessa järjestelmässä kunta voisi arvioida nykyistä paremmin sitä, miten se hyödyntää yksityisiä palvelumarkkinoita.

Työryhmän mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta tulee muuttaa samassa yhteydessä, kun järjestämisestä päätetään, seuraavasti:

Kaikissa vaihtoehdoissa laskennalliset valtionosuudet maksettaisiin ensisijaisesti järjestämisvastuussa olevalle kunnalle.

Vaihtoehdossa A järjestämisalueen muodostavat kunnat rahoittaisivat alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa kapitaatioperusteisesti.

Monikanavarahoituksen ongelmia tulee poistaa vaiheittain. Työ tulee käynnistää siten, että selvitetään kuinka sairausvakuutuksen hoitokustannusten valtionosuuksien siirto kuntien valtionosuuksiin voitaisiin toteuttaa. Ratkaisussa tulee ottaa huomioon erityisesti, että muutos parantaa asiakkaiden tarvitsemien palvelujen saantia.

Lähtökohtana on, että edellä mainituissa rahoitukseen liittyvissä ratkaisuissa Kansaneläkelaitos tarjoaa edelleen tarvittavat keskitetyt palvelut.

Kuntoutuksen keskitettävistä palveluista tulisi säätää kuten muista sosiaali- ja terveydenhuollon keskitettävistä tehtävistä.

Esitetyt muutokset edellyttävät muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määräytymisperusteisiin.

9.6 UUDISTUKSEN TOTEUTUS

Työryhmä esittää, että

linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi ja rahoittamiseksi edellä mainittujen vaihtoehtojen pohjalta on tehtävä mahdollisimman pian. Tavoitteeksi tulee asettaa se, että päätös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskanteesta tehdään viimeistään vuoden 2012 loppuun mennessä. Samalla on sovittava uudistuksen toteuttamiseksi tarvittavasta siirtymäkaudesta, joka voi kestää joko vuoden 2016 tai 2020 loppuun.

10 TYÖRYHMÄN EHDOTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISRAKENTEIKSI

Rakennelinjauksessa 8 työryhmä on todennut, että palvelujen jatkuva kehittäminen on osa järjestämisvastuuta ja sitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvasta kehittämisestä ja muutosvalmiudesta on uudessa palvelujärjestelmässä huolehdittava. Kehittämisen tueksi tulee luoda rakenne, jolla kehittämisosaaminen sekä muutoksen tekemiseen tarvittava, hyödynnettävässä muodossa oleva tieto on käytettävissä.

Kehittämistä ei tule ulkoistaa palvelujärjestelmästä. Kehittämisen tueksi tarvitaan kuitenkin ulkopuolista tukea. Tarvittava kehittämisen tukirakenneratkaisu riippuu palvelujärjestelmän rakenteesta.

Kehittämisen tukirakenteella tulee olla yhteys kehitettävän palvelujärjestelmän lisäksi tutkimus- ja oppilaitoksiin, yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin sekä kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon sektoritutkimuslaitoksiin. Kehittämisen tukirakenteella on merkittävä tehtävä myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisen ohjaus- ja palautejärjestelmässä. Kehittämisen tukirakenteen tulee huomioida myös kielelliset ja kulttuuriset erityistarpeet sekä tukea niihin liittyviä palvelujärjestelmää koskevia ratkaisuja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrakenteen tulee tukea integroidun palvelujärjestelmän kehittämistä ja saumattoman yhteistyön valmiuksien parantamista yhteisten asiakasryhmien palvelujen kehittämisessä. Myös sektorikohtaiseen kehittämisen tukeen tulee olla valmiuksia niissä asioissa, joissa kapea-alaisempi kehittäminen on tarpeen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä, koulutusta ja tutkimusta koskeva sääntely on nykyään pirstaleisena useissa eri laeissa. Lisäksi tätä koskevaa sääntelyä on

kehitetty eritahtisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain jatkovalmistelussa tulisi arvioida, missä laajuudessa kehittämistä, koulutusta ja tutkimusta koskevia säännöksiä tulisi koota kyseiseen lakiin ja mitä on syytä sisällyttää/jättää muuhun lainsäädäntöön. Jatkotyössä tulee lisäksi arvioida, missä määrin kehittämistä, koulutusta ja tutkimusta koskevaa sääntelyä tulisi yhdenmukaistaa ja missä määrin sektorikohtaiset erot ovat perusteltuja. Jatkotyössä on ratkaistava myös miten ja missä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tehtävää tieteellistä tutkimustyötä on tarkoituksenmukaista tukea sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksella. Lisäksi on ratkaistava miten ohjataan ja tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta palvelujärjestelmässä.

Työryhmä esittää, että

Keskeisimpien sosiaali- ja terveystieteellisten tavoitteiden, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteiden sekä niiden toteuttamista tukevien keskeisten uudistus- ja lainsäädäntöhankkeiden, ohjeiden ja suositusten määrittelemiseksi tarvitaan edelleen valtioneuvoston hyväksymä kansallinen kehittämisohjelma.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen tulee perustua soveltuvin osin tutkittuun tietoon sekä kansallisiin linjauksiin ja kriteeristöihin. Viiden erityistasosta vastaavan alueen tulee huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen, tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja palvelujärjestelmän välisestä yhteistyöstä sekä antaa kunnille/alueille niiden kehittämistyöhön tarvitsema tuki. Kehittämistä ja siihen liittyvää kuntien / alueiden yhteistyötä tukee kansallisella tasolla Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos.

11 TYÖRYHMÄN EHDOTUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALVONNAKSI

Pirstaleinen ja kirjava palvelurakenne vaikeuttaa merkittävästi valvonnan toteuttamista. Valvontaviranomaisten on nykyisessä tilanteessa työlästä selvittää eri palvelumuotojen järjestämisvastuussa olevat tahot, joille kohdistaa selvityspyynnöt ja seuraamukset. Aluehallintovirastojen ja Valviran havaintojen mukaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä vastuullisessa asemassa oleville työntekijöille on monesti epäselvää, kenellä minkäkin palvelun järjestämisvastuu viime kädessä on. Sekava tilanne ei mahdollista kokonaisvaltaista palvelujen järjestämistä väestölle eikä myöskään oikein kohdennettua tehokasta valvontaa.

Valvonta ei ole tällä hetkellä viranomaisten taholta riittävän suunnitelmallista ja systemaattista. Toiminnanharjoittajien omavalvonta ei ole järjestelmällistä. Valvontatyössä ei ole riittävästi huomioitu riskinarviointinäkökohtia. Osittain valvonta keskittyy liikaa yksityiskohtiin ja toimintatapoihin, liian vanhojen asioiden käsittelyyn ja sellaisiin kysymyksiin, jotka voitaisiin parhaiten ratkaista toimintayksiköissä. Lisäksi

julkisten ja yksityisten palvelunantajien valvonnassa on jossain määrin yhdenmukaistamisen tarvetta. Valvontaa varten tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkarekisteri sekä ajan tasalla olevat tilannetiedot Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta.

Työryhmä esittää, että

valvontajärjestelmä tulee mukauttaa tulevaan palvelurakenteseen. Lisäksi valvontaviranomaisten toimivallan ja työnjaon tulee olla laissa selkeä ja valvonnan tulee olla suunnitelmallista ja systemaattista. Valvonta kohdennetaan nykyistä ennakoivampaan suuntaan kattavien riskinarviointiin perustuvien valvontaohjelmien ja omavalvonnan kautta. Jälkikäteistä laillisuusvalvontaa tarvitaan kuitenkin edelleen, jotta turvataan ihmisten oikeusturva. Julkisten ja yksityisten toimijoiden valvontaa tulee yhdenmukaistaa huomioiden kuitenkin julkisen sektorin lakisääteinen järjestämisvastuu.

12 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET JATKO-TOIMIKSI

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevat säännökset ovat tällä hetkellä erittäin hajallaan muun muassa sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, terveydenhuoltolaissa, kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetussa laissa, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa sekä sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta annetussa laissa. Nykyinen lainsäädäntö ei muodosta johdonmukaista ja yhtenäistä kokonaisuutta, jossa toimijoiden vastuut ilmenisivät riittävän selkeästi. Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevaa sääntelyä tulisi selkeyttää ja koota tarkoituksenmukaisella tavalla säännökset samaan lakiin.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään jää vielä edellä luvuissa 10–12 esitettyjen työryhmän ehdotusten mukaisten muutostenkin jälkeen useita erillisiä järjestämis- ja rahoitustapoja. Tällaisia ovat muun muassa valtion mielisairaalat ja koulukodit, vankeiden sosiaali- ja terveydenhuolto, kuntoutuspalvelut, työterveyshuolto sekä opiskelijaterveydenhuolto. Työryhmä korostaa näiden erillisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien perusteellista tarkastelemista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelutyössä jatkossa. Työryhmä ei ole käytettävissä olevan ajan puitteissa ehtinyt selvittämään edellä mainittujen palvelujen järjestämis- ja rahoitustapojen uudistamista.

Jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädäntötyössä tulisi selvittää erillisten palvelujärjestelmien tarve ja asema siten, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä muodostuu yhtenäinen ja oikeudenmukainen kokonaisuus, jossa myös kielelliset ja kulttuuriset oikeudet toteutuvat. On pyrittävä aluejao- tuksiin, joissa pystytään turvaamaan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään yhtäläisin perustein. Jatkotyössä tulisi myös selvittää mahdolliset tarpeet koordinoita ja kehittää kieli- ja kulttuurivähemmistöille kohdennettuja palveluja palvelurakenteesta riippumatta. Samalla tulee tehdä kielellis-

ten vaikutusten arviointi, jossa arvioidaan miten esitetyt aluejaot turvaavat suomen ja ruotsinkielisten vähemmistöjen mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään. Myös muiden kielellisten vähemmistöjen mahdollisuuksia saada palveluja tulee kehittää.

Monikanavarahoituksen purku edellyttää lisäselvityksiä ja tutkimuksia. Monikanavarahoituksen ongelmien poistaminen edellyttää esimerkiksi lääkehuoltokustannusjärjestelmän uudelleentarkastelua. Lisäksi on selvitettävä miten muutoksenhaku muutoksen kohteena olevista sosiaaliturvaan liittyvistä ratkaisuista järjestetään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä, koulutusta ja tutkimusta koskeva sääntely on nykyään sektorikohtaisesti pirstaleisena useissa eri laeissa. Tätä sääntelyä on kehitetty lisäksi eritahtisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain jatkovalmistelussa tulisi arvioida, missä laajuudessa kehittämistä, koulutusta ja tutkimusta koskevia säännöksiä tulisi koota kyseiseen lakiin. Jatkotyössä tulee lisäksi arvioida, missä määrin tätä sääntelyä tulisi yhdenmukaistaa ja missä määrin sektorikohtaiset erot ovat perusteltuja. Jatkotyössä on ratkaistava myös miten ja missä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tehtävää tieteellistä tutkimustyötä on tarkoituksenmukaista tukea sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksella. Lisäksi on ratkaistava miten ohjataan ja tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta palvelujärjestelmässä

Kun sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestetään edellä esitettyjen linjausvaihtoehtojen perusteella, mahdollistaa se myös alueellis-kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuurin rakentamisen siten, että Kanta-hankkeessa esitetyt tavoitteet voidaan toteuttaa.

Työryhmä esittää, että

edellä esitettyjä työryhmän ehdotuksia tulee täydentää yksityiskohtaisilla jatkoselvityksillä. Jatkoselvitysten perusteella tulee ehdotuksia täsmentää tarkoituksenmukaisilta osilta. Jatkoselvityksiä tulee tehdä yhteistyössä eri tahojen ja toimijoiden kanssa.

LIITE

ERIÄVÄ MIELIPIIDE TYÖRYHMÄN LOPPURAPORTTIIN

Toimeksiannon mukaan työryhmän tehtävänä oli kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, kehittämiseen ja valvontaan liittyvä nykytila ja sen keskeiset ongelmat. Tehtävänä oli myös valmistella keskeiset peruslinjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä varten. Lisäksi työryhmän tehtävänä oli tehdä esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön pääasialliseksi sisällöksi sekä arvioida sen keskeiset vaikutukset. Esitystä tehdessään työryhmän oli arvioitava myös järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun keskeiset liittymäkohdat.

Työryhmän linjaamat tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjaukset ovat kannatettavia. Olen samaa mieltä työryhmän kanssa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tulee olla tulevaisuudessa vahvojen peruskuntien vastuulla.

Järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun tiettyjä liittymäkohtia työryhmä on arvioinut jonkin verran, mutta rahoituskysymyksiin työryhmä ei ole ehtinyt paneutumaan käytännössä juuri lainkaan. Kuten raportissa tuodaan esille, järjestämisrakenteiden ja sitä kautta rahoitusrakenteiden arviointi on kiinni monesta muusta tahosta ja päätöksestä, jotka eivät ole työryhmän käsissä.

Loppuraporttiin on kirjattu yksi rahoitukseen liittyvä toimenpide-ehdotus. Tämä toimenpide-ehdotus koskee rahoitusta, jonka osalta ryhmän tehtävänä oli toimeksiannon mukaan ainoastaan arvioida järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun keskeiset liittymäkohdat.

Työryhmän enemmistö esittää, että terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän ongelmien poistamiseksi selvitetään, kuinka sairausvakuutuksen hoitokustannusten valtionosuuksien siirto kuntien valtionosuuksiin voitaisiin toteuttaa. Esityksen muotoilu sisältää yksiselitteisesti tavoitteen lopettaa nyky-muotoiset sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset ja siirtää ne kuntien valtionosuuksiin. Tähän työryhmän esitykseen en voi yhtyä.

Ottaen huomioon työryhmän toimeksianto, toimeksiannosta toteutunut työ ja kuntien / alueiden valtionosuuksiin siirrettäväksi esitettyjen sairausvakuutuksen osien marginaalisuus terveydenhuollon kustannusten kokonaisuudessa, on kyseisen toimenpide-ehdotuksen esittäminen vailla perusteita. Kyseinen toimenpide-ehdotus ei tue myöskään työryhmän yksimielisesti valmistelemia tavoite-, rakenne- ja rahoituslinjauksia. Päinvastoin olen sitä mieltä, että esitys johtaisi entistä suurempaan epätasa-arvoon terveyspalveluiden saatavuudessa, heikentäisi kustannustehokkuutta ja vaarantaisi hoitotakuun toteutumisen.

Sairausvakuutusjärjestelmä on olennainen ja kiinteä osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää tuoden siihen lisää asiakaslähtöisyyttä, valinnanvapautta ja kustannustehokkuutta. Sairausvakuutusjärjestelmään tulee edelleen kehittää ja sen vahvuuksia hyödyntää palvelujärjestelmää rakenteita uudistettaessa. Monikanavarahoitukseen liittyviä ongelmia voidaan

korjata ilman, että täysin romutetaan pääosin erittäin hyvin toimiva sairausvakuutusjärjestelmä.

**Perustelut eriävälle mielipiteelle:
Terveystenhuollon rahoitus**

Suomen terveydenhuoltomenot ovat noin 16 miljardia euroa. Rahamääräisesti suurimmat menoerät koostuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluista sekä avohoidon lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden käytöstä. Nämä muodostavat kaksi kolmasosaa terveydenhuoltomenoista. Sairausvakuutuskorvaukseen oikeuttavat yksityisen terveydenhoidon menot ovat noin 6 prosenttia terveydenhoidon kokonaismenoista. Menot sisältävät yksityislääkäripalvelujen menot (toimistomaksut mukaan lukien) yksityiset kuntoutusmenot, laboratoriotutkimusmenot ja kuvantamistutkimusten menot.

Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaus

Sairausvakuutuksesta korvattiin vuonna 2010 lääkärinpalkkioina 73,2 milj. euroa ja tutkimus- ja hoitokorvauksina 72,2 milj. euroa. Yksityistä hammashuoltoa korvattiin vuonna 2010 120,5 milj. euroa. Kuten työryhmän loppuraportissa todetaan, korvauksista noin puolet rahoitetaan vakuutettujen maksuilla ja puolet valtion varoista. Sairausvakuutuksesta kuntien/alueiden valtionosuuksiin siirtyvä osuus lääkärinpalkkioista sekä tutkimuksista ja hoidosta olisi siis 72,5 milj. euroa ja hammashuollosta 60,25 milj. euroa.

Loppuraportissa varojen siirtämistä kuntien/alueiden valtionosuuksiin perustellaan monikanavarahoituksen ongelmilla. Näistä ongelmista ei kuitenkaan ole yksiselitteistä tutkimuksellista näyttöä eikä yksimielisyyttä. Ongelmia ei kuvata raportissa tarkemmin eikä työryhmässä ole käsitelty perusteellisemmin sitä, mitä häiritsee juuri tästä kyseisestä rahoituskanavasta terveydenhuollon toimivuudelle aiheutuu verrattuna muihin rahoituskanaaviin. Sairaanhoitokorvaukset tarjoavat vakuutetuille valinnanvapauden ja vähentävät julkisen sektorin kustannuksia, kun osa potilaista vapaaehtoisesti hakeutuu hoitoon yksityiselle sektorille ja maksaa huomattavan suuren omavastuun. Yhteensä 265,9 milj. eurolla saadaan 3,7 milj. lääkärissäkäyntiä ja toimenpidettä sekä 2,7 milj. hammaslääkärin toimenpidettä.

Julkinen sektori ei pysty sairausvakuutuksesta siirtyvillä varoilla tuottamaan vastaavia palveluja. Asiakkaat maksavat yksityisten lääkärikäyntien sekä tutkimusten ja hoidon kustannuksista noin 70–75 prosenttia. Yhtä suuren omavastuun kerääminen ei olisi asiakasmaksulain tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilain mukaan mahdollista. Kela hoitaa korvausten maksatuksen tietojärjestelmiensä ja suorakorvausmenettelyn avulla erittäin tehokkaasti. Vastaava työ tulisi kunnissa/alueilla todennäköisesti vääntämään huomattavasti enemmän työvoimaa.

Lisäksi siirtotoimenpiteen sosiaali- ja terveystaloudelliset vaikutukset tulisi selvittää perusteellisemmin. Sairausvakuutuskorvausten lopettaminen vaikuttaisi käsitykseni mukaan siihen suuntaan, että erityisesti pieni- ja keskituloisten toimintavapaus ja hoitoon hakeutuminen vaikeutuu ja rajoittuu

kun taas vaikutukset suurituloisten käyttäytymiseen olisivat marginaaliset. Näin ollen vaikutukset olisivat hoidon tasa-arvon kannalta kielteiset ja STM:n ja THL:n strategioiden vastaiset.

Rahoituksen läpinäkyvyys väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle

Rahoituksen läpinäkyvyyden näkökulmasta Kelan järjestämien ja rahoittamien palvelujen tilastointi on myös kustannusten osalta hyvällä tasolla. On todennäköistä, että tällä hetkellä Kelan järjestämien ja rahoittamien palvelujen kustannusten läpinäkyvyys heikkenisi, jos ne sisällytetään kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen kokonaisuuteen. Luonnoksessa ei ole esitetty näyttöä siitä, että esitetty muutos parantaisi rahoituksen läpinäkyvyyttä väestölle, tuottajalle, järjestäjälle ja valtakunnalliselle ohjaukselle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana on yhdenmukaisuus

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009 lääkinnällisestä kuntoutuksesta (kuntien järjestämisvastuulla), kertoo hyvin sen, että Kelan järjestämän kuntoutuksen siirto kuntien tai kuntayhtymien järjestämisvastuun piiriin ei todennäköisesti paranna kuntoutuksen tilaa. Valtiontalouden tarkastusvirasto on mm. todennut julkisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon erillisyyden aiheuttavan katkoksia hoitoketjussa ja tiedonkulussa. Erikoissairaanhoidon hoitosuunnitelmien katsotaan olevan usein perusterveydenhuollolle mahdottomia toteuttaa resurssipulan ja osaamisen puutteen vuoksi. Resurssien vaihtelun todetaan aiheuttavan eriarvoisuutta; mitä heikompi kunnan taloudellinen tilanne on sitä niukempaa on kuntoutustoiminta.

Ottaen huomioon yllämainitut sekä tarkastusviraston kertomuksesta löytyvät muut näkemykset lääkinnällisen kuntoutuksen tilasta sekä asiantuntijoiden näkemykset lisäselvitystarpeesta (katso esim. THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet) tulee kuntoutuksen osalta tehdä jatkoselvitystyötä.

Jatkoselvitystyön yhteydessä tulee huomioida rahoituksen yksityiskohtien lisäksi mm. kuntoutusasiain neuvottelukunnan toiminnan kehittäminen, puutteellisten tilastointikäytäntöjen kehittäminen, kuntoutuksen asema lääkärikoulutuksessa sekä STM:n rooli toiminnan ohjaajana ja koordinoijana.

Sosiaali- ja terveydenhuolto toimii asiakaskeskeisesti

Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset ovat terveydenhuoltojärjestelmän asiakaskeskeisin osa. Sairanhoitokorvaukset mahdollistavat asiakkaalle suoran ja omaehtoisen hakeutumisen terveystalvelujen piiriin. Yksityiset terveystalvelut ovat joustavasti käytettävissä ja asiakkaan valinnanvapaus korostuu mm. lääkärin omaehtoisen valinnan kautta.

Muiden muassa yksimielisen raporttinsa antanut Somera-toimikunta on nähnyt sairausvakuutusjärjestelmän monipuolistavan terveystalvelujen

järjestämis- ja tuotantoratkaisuja sekä mahdollistavan asiakkaiden tarpeiden ja valinnanmahdollisuuksien painokkaamman huomioon ottamisen.

Ehdotuksen vaikutusten arviointi

Tässä loppuraportissa tai esimerkiksi Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen monikanavaista rahoitusta tarkastelleen asiantuntijaryhmän selvityksessä (2010) ei ole arvioitu niitä vaikutuksia, joita työryhmän enemmistön esittämällä rahoitusmuutoksella olisi. On perusteltua arvioida ehdotusten vaikutukset ainakin julkisten palvelujen saatavuuteen, rahoituksen kestävyys- ja terveyserojen kehitykseen, palvelujen tasa-arvoon mm. alueellisen saatavuuden näkökulmasta, työvoiman saatavuuteen, palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyyteen, palvelumarkkinoiden kehitykseen sekä yritysvaikutukset. Esimerkiksi kuntien ostopalvelut yksityisiltä terveyspalvelujen tuottajilta ovat tällä hetkellä kovin vaatimattomalla tasolla (noin kolme prosenttia kokonaiskustannuksista).

Sairausvakuutuksen rahoituksen siirtämisen kuntien valtionosuuksiin ei katsota muuttavan yksityisten terveyspalvelujen tuottajien asemaan palvelujen tuottajina. Perusteluna on, että ihmiset voisivat edelleen valita yksityisen palveluntuottajan omalla kustannuksellaan. Sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavan tahon eli esimerkiksi kuntien tai alueiden tarkoituksenmukaisuusharkintaan jäisi sairausvakuutuskorvauksia vastaavan osuuden kohdentaminen palvelutuotannossa. Kunta voisi työryhmän linjausten mukaisesti edelleen tuottaa palvelut itse tai ostaa ne ulkopuolelta. Työryhmän arvion mukaan uudessa järjestelmässä kunta voisi arvioida nykyistä paremmin sitä, miten se hyödyntää yksityisiä palveluja joko hankkimalla palvelut laajasti yksityisiltä tuottajilta tai tukemalla asukkaita palvelujen saamisessa palveluseteleillä. Jos ja oletettavasti kun muutoksella on vaikutuksia esimerkiksi asiakasvirtoihin, on muutoksella vaikutuksia myös yksityisiin palveluntuottajiin.

Pia Pohja
työryhmän jäsen
toimitusjohtaja
Terveyspalvelualan Liitto